Pour une **Côte-d'Or** de **tous les âges**

Schéma gérontologique départemental

2006 2010

Mot
du Préfet de la Côte-d'Or

L'allongement de la durée de vie amène à nous interroger sur le « Bien vieillir ».

Bien vieillir, se prépare tout au long de la vie. C'est l'ambition du schéma gérontologique élaboré conjointement par l'Etat et le Département. Le premier niveau est celui de la prévention et de l'éducation, ce qui regroupe des actions de sensibilisation notamment sur les thèmes de l'arthrose, de la démence ou de l'obésité repérés comme les principales pathologies se trouvant à l'origine de la survenue des situations de dépendance.

Par ailleurs, la progression du nombre de personnes en situation de dépendance conduit à poursuivre le développement des services de soins infirmiers à domicile.

De même il est prévu de renforcer la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées, en tenant compte de la diversité des publics accueillis – notamment pour les personnes handicapées.

Enfin ce schéma gérontologique vise à assurer la meilleure articulation entre les aspects santé et les aspects vie sociale, ce qui doit se traduire par l'amélioration des liens entre les services hospitaliers, les professionnels de santé et les intervenants au domicile des personnes âgées.

Telles sont les lignes directrices de ce nouveau schéma gérontologique qui traduit concrètement le souci de travailler ensemble entre le Conseil Général et l'Etat pour le bien-être des personnes âgées de la Côte-d'Or.

Paul RONCIERE
Préfet de la Région de Bourgogne
Préfet de la Côte-d'Or

Pour une **Côte-d'Or** de **tous les âges**

Edito
du Président du Conseil Général de la Côte-d'Or

L'élaboration d'un schéma gérontologique est sans contexte un acte fort dans la définition des politiques départementales.

Le schéma départemental repose sur un diagnostic de l'évaluation des besoins des personnes âgées en termes de maintien à domicile, d'hébergement, de mobilité pour les années 2006-2010. Il a fait l'objet d'une démarche conjointe des services de l'Etat et du Département et a donné lieu à une large concertation avec les intervenants et partenaires du champ concerné.

Que tous trouvent ici l'expression de ma gratitude.

Les différents axes évoqués dans ce document ont tous été examinés à la lumière des orientations de la loi de janvier 2002 garantissant la mise en œuvre effective des droits et libertés des personnes âgées.

Nous ne pouvons plus, nous ne devons plus parler et décider à leur place. C'est pourquoi, j'ai souhaité faciliter l'expression de cette représentation directe en introduisant un collège spécifique au sein du Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) permettant à des personnes âgées vivant à domicile ou hébergées en établissement de participer aux débats afin de faire de cette instance un véritable conseil consultatif des aînés.

Enfin la prévention et la lutte contre la maltraitance constituent des préoccupations permanentes de notre action afin de donner aux personnes âgées la place qui doit être la leur dans la société d'aujourd'hui.

*Comme le disait fort justement Sir Winston Churchill : « **Une société se juge à la place qu'elle accorde à ses aînés** ».*

Louis de BROISSIA
Sénateur de la Côte-d'Or
Président du Conseil Général

La réalisation d'un schéma de troisième génération en Côte-d'Or

L'élaboration de ce schéma de troisième génération a été engagée fin 2003 sous la co-animation et le co-pilotage de l'Etat et du Conseil Général.

La loi du 13 août 2004 est venue entre temps renforcer le rôle des Départements en matière d'action gérontologique et a modifié substantiellement les procédures d'élaboration des schémas départementaux d'action sociale et médico-sociale : ainsi, il appartient au seul Conseil Général, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, d'adopter le schéma départemental. Le représentant de l'Etat doit, quant à lui, faire connaître, au plus tard six mois avant l'expiration du précédent schéma, au Président du Conseil Général les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 4°, a du 5°, 8° et 10° du I de l'article L. 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés à l'article L.162 24 1 du code de la sécurité sociale pour les prestations prises en charge par l'assurance maladie.

Il est à souligner qu'en dépit de cette évolution législative, le Préfet, eu égard à l'engagement de ses services et à sa volonté de participer à la construction d'une approche globale des réponses aux besoins des personnes âgées, a souhaité rester présent aux côtés du Président du Conseil Général et être co-signataire de ce document.

Il doit être également souligné que la préparation de ce schéma a été conduite au moment où de nombreuses évolutions législatives de grande ampleur sont intervenues : APA ; mise en place de l'acte II de la décentralisation ; loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; plan de développement des services d'aide à la personne… L'ensemble de ces évolutions n'ont pu être intégrées dans les travaux des groupes mais il a été choisi de les prendre en compte autant que possible dans le document final, et ce, même de manière partielle, l'ensemble des décrets d'application n'ayant pas été publiés à ce jour.

Pourquoi un schéma départemental ?

C'est un document de programmation, rendu obligatoire par la loi du 6 janvier 1986 et renforcé par la loi du 2 janvier 2002 qui :

- apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux des personnes âgées ;
- dresse le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante ;
- détermine les perspectives et les objectifs de développement (création, transformation ou suppression d'établissements et services) ;
- précise le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services ;
- définit les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre du schéma.

Les principes directeurs de l'élaboration du schéma

La démarche d'élaboration du schéma s'est caractérisée par :

- une volonté forte de développer le partenariat entre les différents acteurs locaux : organismes d'assurance maladie, associations, établissements, communes, en reconnaissant le rôle majeur que ces dernières jouent dans le champ social, et au sens large « sociétal » ;
- l'engagement d'une réflexion visant à la mise en place de dispositifs d'observation partagée entre les différents partenaires du département devant permettre, grâce à un diagnostic également partagé, de parvenir à une amélioration de la connaissance des besoins et réponses à leur apporter ;
- la recherche d'une cohérence avec les autres instruments de planifications régionaux et départementaux, l'objectif étant de ne pas parcelliser les réponses (schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées, orientations gériatriques du schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010…) ; **la question de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social a été posée comme une question centrale ;**
- la volonté de parvenir à une approche globale de la personne et de la famille en prenant en compte les différents aspects de son existence et en ne limitant pas le champ du schéma au seul domaine médico-social : le schéma est l'occasion de s'interroger sur la place faite au sein de notre société aux populations les plus fragilisées et à la question du lien social aujourd'hui en Côte-d'Or.

Méthodologie

Réalisation d'un diagnostic de l'existant dans le but de dégager des pistes de réflexion et de formuler des propositions. Plusieurs instances ont contribué à l'élaboration de ce schéma :

- un comité de pilotage en charge de la validation institutionnelle ;
- un comité technique ;
- quatre groupes de travail sur les thématiques de la connaissance des personnes âgées, de l'offre de services dans le cadre de l'accompagnement à domicile, de l'adaptation de l'accueil en établissement, et des droits et libertés des personnes âgées. Ces groupes de travail ont rassemblé au total une centaine de professionnels qui se sont réunis près de 40 fois.

Sommaire

Plan départemental d'actions

PAGES

Objectif 1. Promouvoir et garantir l'effectivité des droits et libertés des personnes âgées **13**

- **Pour que l'affirmation des droits et libertés des personnes âgées ne soit pas qu'incantatoire...**
- **Donner les moyens aux personnes âgées d'être actrices de leur existence.**

1.1. Bâtir une politique d'information et de communication adaptée. **16**
- **Favoriser l'expression individuelle et collective des personnes âgées.**

1.2. Conforter le rôle des instances collectives : CODERPA. **18**
- **Garantir la mise en œuvre effective des droits et libertés des personnes âgées.**

1.3. Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des outils qui garantissent les droits et libertés des personnes âgées. **20**

1.4. Assurer le suivi social des personnes âgées. **21**

1.5. Prévenir et lutter contre la maltraitance. **22**
- **Reconnaître et promouvoir la place des personnes âgées dans la société.**

1.6. Réactiver le lien social entre les générations. **25**

1.7. Faciliter la mobilité des personnes âgées. **26**

1.8. Œuvrer à l'évolution des mentalités. **27**

Objectif 2. Offrir des réponses sociales et médico-sociales de qualité adaptées aux caractéristiques départementales **29**
- **L'accompagnement à domicile.**

2.1. Etendre la couverture départementale en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). **30**

2.2. Participer au développement des services d'aide à domicile de qualité. **31**

2.3. Poursuivre les efforts engagés en direction de l'adaptation de l'habitat. **34**

2.4. Développer les services innovants et les modes d'accueil alternatifs. **36**

2.5. Professionnaliser l'accueil familial. **38**
- **L'accueil en établissement.**

2.6. Améliorer l'accompagnement de la dépendance au sein des établissements **40**

2.7. Adapter la capacité d'hébergement aux besoins des territoires. **42**

2.8. Adapter les structures à l'accueil de public spécifique (personnes handicapées, travailleurs migrants et personnes âgées « marginalisées », personnes atteintes de démence). **44**

Sommaire

PAGES

Objectif 3. Piloter et coordonner la politique gérontologique départementale **49**

3.1. Renforcer le rôle et les missions des CLIC. **50**
3.2. Structurer l'intervention gérontologique sur les territoires. **53**
3.3. Renforcer l'information et l'éducation sur le bien vieillir, initier des actions de prévention. **54**
3.4. Mettre en place des dispositifs d'alerte permettant une réactivité en période de crise. **56**
3.5. Améliorer les relations « ville hôpital ». **57**

Etat des lieux

1. Les personnes âgées en Côte-d'Or : une réalité contrastée **61**

1.1. Données et perspectives démographiques. **62**
A) une répartition inégale des personnes âgées sur le territoire.
B) l'impact des conditions de vie et d'habitat.
1.2. Une progression importante des situations de dépendance dans les années à venir. **68**

2. L'offre existante **75**

2.1. L'accompagnement à domicile **75**
A) Les services d'aide à domicile
B) Les services de soins infirmiers à domicile
C) Les CLIC
2.2. L'accueil en établissement **80**

Plan départemental d'actions

OBJECTIF 1

Promouvoir et garantir l'effectivité des droits et libertés des personnes âgées

Pour que l'affirmation des droits et libertés des personnes âgées ne soit pas qu'incantatoire…

Le premier des objectifs du schéma départemental porte sur la reconnaissance des personnes âgées comme citoyennes et actrices à part entière de la société civile. Il traduit la volonté de l'Etat et du Conseil Général de la Côte-d'Or de dépasser une approche strictement gestionnaire des questions gérontologiques et de positionner, encore plus fortement que par le passé, les personnes âgées non pas comme des objets de soins mais comme des personnes sujets de droits. Il s'inscrit également dans la perspective d'une société pour tous les âges afin de décloisonner les âges de la vie tout en répondant aux besoins de chacun, dans le respect de la déclaration des droits de l'homme et avec la volonté de promouvoir la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.

Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyen. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations dans le respect de leurs différences.

Choix de vie : toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Domicile et environnement : le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Une vie sociale malgré les handicaps : toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Présence et rôle des proches : le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Patrimoine et revenus : toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Valorisation de l'activité : toute personne âgée dépendante doit être encouragée à garder ses activités.

Liberté de conscience et pratique religieuse : toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Préserver l'autonomie et prévenir : la prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Droit aux soins : toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Qualification des intervenants : les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Respect de fin de vie : soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

La recherche, une priorité et un devoir : la recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Exercice des droits et protection juridique de la personne : toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion : l'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Donner les moyens aux personnes âgées d'être actrices de leur existence

Trop souvent, dès lors qu'elles sont entrées dans ce qu'il est convenu d'appeler le quatrième âge, les personnes se trouvent dans l'impossibilité de décider pour leur propre compte. A tort, leur défaut de protestation est souvent assimilé à une approbation tacite ou à du désintérêt.

Prendre en compte leur choix est important et ce non seulement pour des raisons idéologiques ou relatives à la promotion de valeurs à la mode. Les individus qui ont le sentiment d'être acteurs de leur existence s'en sortent mieux et sont plus indépendants que lorsqu'ils manquent de contrôle sur leur environnement. Ce sont en effet ceux qui gardent le contrôle sur leur vie qui se sentent dignes.

Il est donc essentiel, comme l'affirment les articles 2 et 3 de la loi du 2 janvier 2002 (« l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir l'autonomie des personnes… elle est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains ») de donner les moyens aux personnes âgées d'être actrices de leur existence. Dans les situations où des personnes seules ne sont plus capables de s'assumer pleinement, il appartient donc alors aux aidants de leur confirmer une place en tant qu'individu avec une position sociale et un pouvoir de décision.

Afin de permettre aux personnes âgées de « reprendre en main » leur existence, il est nécessaire de bâtir une politique d'information et de communication adaptée.

1.1 Bâtir une politique d'information et de communication adaptée

En dépit de l'existence de nombreux documents de communication, émanant de l'ensemble des acteurs (établissements, services à domicile, institutions…), il apparaît que les personnes âgées et leurs proches ne disposent pas d'information adaptée à leurs besoins. Les informations proposées ne sont pas toujours pertinentes et/ou compréhensibles par tous. Elles sont généralement trop techniques et inaccessibles aux personnes à la recherche de conseils pratiques. Elles ne font pas non plus l'objet de conditions de transmission particulières ou d'explications orales. La possibilité de disposer et de comprendre l'information est cependant une des conditions essentielles à la reprise en main de leur projet de vie par les personnes âgées.

Pour sa part, le Conseil Général de la Côte-d'Or édite depuis 1999 un guide à destination des aînés ayant pour ambition de donner des conseils simples aux personnes âgées et à leurs familles et de les orienter au plus juste en direction des partenaires susceptibles d'améliorer leur vie quotidienne. Ce guide, qui en est à sa deuxième édition, nécessite d'être retravaillé afin d'intégrer les évolutions législatives et réglementaires mais aussi afin d'être plus en adéquation avec les attentes des personnes elles-mêmes.

Objectif

> Permettre aux personnes âgées et à leur famille de faire des choix « éclairés » en mettant à leur disposition une information adaptée, actualisée et rapidement mobilisable.

Actions prioritaires

> Mettre en place un groupe de travail départemental auquel quatre missions pourraient être confiées :

- recenser, analyser la clarté, l'utilité et la cohérence, avec les personnes âgées, de l'ensemble des sources et documents d'information concernant les prestations existantes ;
- conduire une réflexion quant aux modalités de transmission de l'information (à quel moment, comment, par qui…) ;
- élaborer un cahier des charges retraçant l'ensemble des règles à respecter, tant au niveau de la forme qu'à celui des modalités de diffusion et de transmission afin d'améliorer la communication en direction des personnes âgées ;
- s'assurer systématiquement que les informations transmises sont lisibles et compréhensibles par les personnes concernées en les associant lors de leur élaboration ou de leur révision : à noter que les courriers départementaux adressés aux personnes âgées, notamment dans le cadre de l'APA, seront prioritairement examinés.

Ce groupe s'appuiera principalement sur le CODERPA, conseil consultatif des aînés placé auprès du Président du Conseil Général.

> Associer des membres du CODERPA à la troisième édition du guide des aînés.

Evaluation

> Suivi des travaux du groupe de travail (transmission d'un compte rendu annuel en assemblée plénière du CODERPA).

> Elaboration du cahier des charges retraçant l'ensemble des règles à respecter et de documents types à destination des services aux personnes âgées, des établissements d'hébergement (livret d'accueil, règlement intérieur…).

> Production de la 3e édition du guide des aînés.

> Réalisation d'enquêtes de satisfaction en direction des personnes âgées sur la lisibilité de la documentation mise à leur disposition.

Favoriser l'expression des personnes âgées

Il faut refuser toute démarche visant à confiner les personnes âgées dans une position spécifique liée à leur âge et à amputer leur droit d'expression. Le Conseil Général de la Côte-d'Or souhaite conforter le rôle des instances collectives, notamment au travers du Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées (CODERPA).

1.2 Conforter le rôle des instances consultatives

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a confié au Département une compétence générale en matière d'action gérontologique et a placé le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées, en tant qu'instance consultative, auprès du Président du Conseil Général.

Le Département de la Côte-d'Or souhaite mettre à profit cette évolution pour donner la parole aux personnes âgées. Une représentation directe de ces dernières a donc été introduite à cet effet au sein du CODERPA (après appel à candidature et tirage au sort, six personnes bénéficiant de l'APA à domicile et six personnes hébergées en établissement ont été désignées pour siéger au titre des personnes âgées dans cette instance).
Par ailleurs, le Conseil Général entend permettre aux membres du CODERPA de jouer pleinement leur rôle de conseiller et attend de cette instance qu'elle puisse activement contribuer à la prise en compte de toutes les personnes âgées, quels que soient leur âge ou leur état de santé.

Objectif

> Renforcer la participation du CODERPA à la définition des politiques gérontologiques.

Actions prioritaires

> Investir de façon active le CODERPA d'une mission de réflexion en l'associant notamment au suivi et à la mise en oeuvre du schéma.

> Intégrer des membres du CODERPA aux groupes de travail mis en place par le Conseil Général sur certaines thématiques (élaboration du guide des aînés, mise en place d'une politique de communication en direction des personnes âgées, amélioration des conditions d'hébergement des migrants vieillissants, etc).

Evaluation

> Synthèse annuelle de l'évolution des travaux.

Garantir la mise en œuvre effective des droits et libertés des personnes âgées

Si la dignité des personnes âgées est souvent évoquée, c'est parce que certains actes, pratiques ou attitudes à leurs égards semblent les nier en tant que personnes.

La loi du 2 janvier 2002 offre un cadre juridique sur lequel prendre appui afin de rénover les méthodes d'intervention. L'esprit de la loi ne prendra toutefois corps que dans son inscription dans la vie quotidienne et les rapports humains.

L'Etat et le Conseil Général de la Côte-d'Or souhaitent accompagner les professionnels dans cette démarche, assurer un suivi social de qualité et de proximité et lutter contre les phénomènes de maltraitance.

1.3 Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des outils qui garantissent les droits et libertés des personnes âgées

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 a fait du droit des usagers une question décisive. Elle a énoncé sept principes (le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité ; le libre choix entre le maintien à domicile et l'admission dans un établissement spécialisé ; le droit à l'individualisation et à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement ; la confidentialité ; l'accès du bénéficiaire à toute information ou document relatif à sa prise en charge ; l'information de l'usager sur ses droits fondamentaux ; la participation directe de la personne à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement la concernant) et défini sept outils (livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne, le plan de développement des services d'aide à la personne accueillie, contrat de séjour, le recours à un tiers extérieur, le conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement ou de service).

La majorité des partenaires des politiques gérontologiques sont aujourd'hui bien engagés dans cette démarche, qui n'est pas sans leur poser parfois question (comment concilier une logique institutionnelle avec des attentes individuelles, comment s'assurer de la participation directe des personnes à la conception du service quand celles-ci se trouvent en situation de grande fragilité, comment faire que le contrat de séjour ne se résume pas qu'à un contrat énumérant des prestations hôtelières…).

Objectif

> Faciliter l'appropriation de l'esprit de la loi par les professionnels et la mise en œuvre de ses outils

Actions prioritaires

> Constituer un groupe d'échange et de réflexion autour de la mise en œuvre des droits et libertés des personnes âgées.

> Elaborer un guide pratique à usage des professionnels pour mettre en place plus facilement les outils exigés par la loi.

> Identifier les aspects les plus sensibles afin de construire des réponses adaptées (le développement de la formation peut être nécessaire pour accompagner la prise en compte de certains droits ou de certaines libertés).

> Encourager les services de tutelle, services à domicile et les établissements à élaborer des enquêtes de satisfaction.

Evaluation

> Mise en place d'actions de formation.

> Production du guide pratique.

1.4 Assurer le suivi social des personnes âgées

Les personnes âgées, quels que soient leur âge et leur niveau d'autonomie, doivent pouvoir bénéficier, en tant que de besoin, d'un suivi social de qualité et de proximité. Il est apparu récemment par exemple que nombre d'entre elles étaient touchées par des phénomènes de surendettement en raison des garanties apportées par ces dernières à des tiers.

Objectif

> Mieux coordonner l'intervention des différents services sociaux auprès des personnes âgées afin d'assurer un maillage du territoire et une veille permanente.

Actions prioritaires

> Structurer le partenariat existant entre le Conseil Général, les principales caisses de retraite, les principaux CCAS et les CLIC afin d'assurer aux personnes âgées un suivi social de qualité et de proximité.

> Sensibiliser les personnels des UTAS (Sites Solidarité et Famille sur les territoires) aux problématiques du vieillissement et aux besoins croissants exprimés par les populations concernées dans les années à venir.

> Rédiger un cahier des charges précisant le contenu de ce suivi social qui servira de base au conventionnement entre les différents services sociaux intervenant auprès des personnes âgées.

Evaluation

> Suivi des contacts sociaux (accueil en permanence, visite à domicile, renseignements téléphoniques) établis par les professionnels avec les personnes âgées.

1.5 Prévenir et lutter contre la maltraitance

La maltraitance est une notion multiforme : elle peut être morale, physique, psychologique, financière… Elle est le fait d'actes conscients ou apparaît comme la résultante de comportements inadaptés (tutoiement, familiarité) des personnes entourant les aînés. Elle peut survenir au domicile des personnes âgées ou en établissement. Elle ne fait en outre l'objet que d'une prise de conscience relativement récente.

De surcroît, la fragilité des personnes victimes de maltraitance, leurs sentiments de crainte (peur de représailles) ou de honte (d'avoir élevé des enfants maltraitants), ainsi que la peur du déracinement (quitter son domicile ou celui de ses enfants pour intégrer un établissement) constituent des obstacles majeurs au repérage et à la conduite d'actions efficaces contre la maltraitance. Pourtant selon le Ministère, la maltraitance concernerait en France environ 5 % des plus de 65 ans et 15 % des plus de 75 ans…

En Côte-d'Or, l'association ALMA (allô maltraitance des personnes âgées), créée en mars 2002, vient en aide aux personnes âgées victimes de maltraitance. Elle a notamment mis en place un centre d'écoute où se relaient une dizaine de bénévoles formés. Les informations qu'ils recueillent sont transmises à des référents (professionnels dans les domaines de la gérontologie) qui, après analyse et réflexion, rappellent et orientent les appelants afin de permettre à ces derniers d'œuvrer eux-même à la résolution de leurs difficultés en utilisant les aides et services existants. En 2004, 130 appels ont été ainsi enregistrés et 38 dossiers de maltraitance ouverts. Cette association œuvre également à la sensibilisation du grand public et des professionnels en organisant, tout au long de l'année, de nombreuses conférences.

Objectif

> Optimiser la prévention et la lutte contre la maltraitance.

Actions prioritaires

> Relayer les campagnes d'information organisées par l'association ALMA.

> Interpeller tous les acteurs de terrain pour organiser des formations permettant de prévenir ou de détecter des situations de maltraitance.

> Faire un état des lieux des différents intervenants dans l'action contre la maltraitance (CRAM, antenne ALMA, CLIC, équipe médico-sociale de l'APA,…) et réfléchir à l'organisation du suivi et de la mise en œuvre de la politique contre la maltraitance.

> Elaborer une procédure de traitement des signalements, sous co-pilotage Conseil Général / DDASS, et former les acteurs de terrain à la détection des situations de maltraitance.

> Créer un observatoire de la maltraitance en s'appuyant sur les dispositions de la circulaire n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables afin de mener des actions de prévention qui prévoit : d'une part, la création d'un comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance afin de mener des actions générales d'analyse de données et de prévention et d'autre part, la création d'une cellule inter-institutionnelle de traitement et de suivi des signalements.

> Signer des conventions inter institutionnelles pour mobiliser l'ensemble des partenaires concernés par la prévention et la lutte contre la maltraitance.

> Travailler le lien avec la justice pour les situations d'urgence notamment.

Evaluation

> Evolution et suivi des signalements.

Reconnaître et promouvoir la place des personnes âgées dans la société

Les personnes âgées constituent un groupe social qui se trouve le plus souvent défini par un ensemble de projections négatives (troubles du comportement, pertes d'autonomie, dépendance, coût des aides à apporter…), qui contribue à faire des personnes âgées une catégorie stigmatisée d'emblée par les problèmes qu'elle est supposée poser. Le culte de l'éternelle jeunesse à l'œuvre dans notre société nourrit également la dégradation de l'image de la vieillesse.

Cette perception négative du vieillissement est lourde de conséquences. Si l'on ne retient que l'état de passivité ou de dépendance des personnes, ces dernières se retrouvent sans pouvoir d'échange ou de négociation. Elles sont donc condamnées à recevoir sans qu'on leur permette de donner en retour et développent une image peu positive d'elles-mêmes, conforme à celle que leur renvoie la société. Se pose alors la question de savoir si c'est bien la vieillesse qui rend vulnérable ou alors l'organisation de la société qui place les personnes âgées en situation de vulnérabilité…

Or, qui sont aujourd'hui les personnes âgées ? Ce sont des bénévoles ou des travailleurs, des enseignants ou des étudiants, des tuteurs ou des personnes à charge, des aidants ou des aidés, des mères ou des pères, des grands-mères ou des grands-pères... Les personnes âgées jouent ainsi des rôles très diversifiés, leur seul point commun étant finalement leur âge biologique. Les personnes âgées apportent quotidiennement à notre société et continueront de le faire de plusieurs manières.

Il convient donc de permettre à chaque individu de vivre dans l'espace commun en favorisant une société pour tous les âges. A ce titre, il y a lieu d'améliorer la mobilité des personnes âgées, d'encourager le développement des liens entre les jeunes et les personnes âgées et de contribuer activement à lutter contre les stéréotypes qui dégradent l'image des personnes âgées.

1.6 Faciliter la mobilité des personnes âgées

Une des conditions essentielles de l'intégration des personnes âgées au sein de la société est la mobilité. Aujourd'hui, bon nombre d'entre elles se trouvent isolées par le simple fait de ne pouvoir se déplacer.

L'observation de plusieurs phénomènes et évolutions appelle à la conduite d'une réflexion bien spécifique sur la question de la mobilité des personnes âgées :

- la faible fréquentation des modes d'accueil alternatifs est en partie liée, outre leur méconnaissance par les professionnels et les familles, à l'absence, à l'inadaptation ou la non prise en charge des transports pour les personnes à mobilité réduite ou atteintes de troubles cognitifs ;

- la disparition de nombreux services à la population en milieu rural (notamment dans le domaine de la santé) et/ou leur regroupement dans les bourgs centres (maisons de santé par exemple) pose de manière encore plus aiguë la question de transports en milieu rural ;

- la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est venue renforcer les exigences en matière d'accessibilité :

  - la chaîne du déplacement, qui comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité, doit être organisée pour permettre son accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite ;

  - dans un délai de 10 ans, les autorités organisatrices de transport (Régions, Départements, Intercommunalités, Communes) doivent rendre accessibles aux personnes handicapées et à mobilité réduite les services de transport collectif dont elles ont la charge et élaborer, dans un délai de trois ans, un schéma directeur d'accessibilité de ces services. Ce schéma fixera la programmation de mise en accessibilité des réseaux existants et définira les modalités de l'accessibilité des différents types de transport.

A noter que la mise en œuvre de cette loi nécessitera une collaboration accrue entre les différentes autorités organisatrices de transport (Conseil Régional, Conseil Général, intercommunalités,…) et les communes, responsables de l'aménagement de la voirie.

Le Conseil Général de la Côte-d'Or participe d'ores et déjà au soutien des dessertes locales, mises en place sur l'initiative des communes et/ou de leurs groupements et majoritairement utilisées par les personnes âgées. Il conduit également, à travers le réseau TRANSCO, une expérimentation de transport à la demande, accessible à tous, dans dix communes du Nord dijonnais, expérience qui s'étend sur Montbard et Semur-en-Auxois depuis septembre 2005.

Objectif

> Faciliter la mobilité des personnes âgées.

Actions prioritaires

> Evaluer l'expérience conduite dans les dix communes du Nord dijonnais, prévoir et programmer son extension progressive à l'ensemble du territoire (au vu des adaptations qui se seront révélées nécessaires ou non) en partenariat avec les structures intercommunales.

> Réaliser, en lien avec le service Transports, un état de lieux départemental des différents financeurs intervenant, au titre des déplacements, en direction des personnes âgées et des personnes handicapées afin de disposer d'une vision globale des dispositifs existants, et de mettre à jour, s'ils existent, les phénomènes de «doublons» ou au contraire de « carences ».

> Conduire une réflexion spécifique sur les transports accompagnés et leur prise en charge financière (identifier et interpeller les financeurs potentiels des domaines sanitaires et sociaux ainsi que ceux intervenant au titre de l'aménagement du territoire ; recenser les différentes solutions mises en place dans d'autres départements).

> Elaborer les schémas directeurs d'accessibilité des transports collectifs.

Evaluation

> Rapport d'évaluation de l'expérience de transport à la demande.

> Règlement d'intervention soumis à l'assemblée départementale.

> Etat des lieux départemental des dispositifs existant en faveur du développement de la mobilité des personnes âgées et handicapées.

> Production des schémas directeurs d'accessibilité des transports collectifs.

1.7 Œuvrer à l'évolution des mentalités

Les représentations actuelles de la vieillesse contribuent à assimiler ce temps de la vie à la dépendance et à la perte d'autonomie. Les acteurs des politiques gérontologiques sont convaincus de la nécessité générale de promouvoir une image plus positive et plus proche de la réalité des retraités et des personnes âgées.

Objectif

> Véhiculer une image positive de la vieillesse.

Actions prioritaires

> Initier des actions de communication véhiculant une image positive et respectueuse des retraités et des personnes âgées.

> Organiser, en lien avec le CODERPA, un colloque sur les droits et libertés des personnes âgées et leur place dans la société.

Evaluation

> Campagne de communication.

> Actes du colloque.

1.8 Renforcer les liens entre générations

Le rôle et la place des personnes âgées dans la société ne sont pas une nouveauté dont il conviendrait de se préoccuper sous l'impulsion de l'inversion de la pyramide des âges. Ils sont d'ores et déjà une réalité évidente, que chacun, par son expérience personnelle et familiale, peut mesurer. Une fraction grandissante de la population qui a cessé d'être professionnellement active reste aujourd'hui socialement engagée grâce à des activités de bénévolat et d'échange. Ces hommes et ces femmes refusent d'être considérés comme incapables de jouer un rôle utile pour la communauté après la retraite ; leur participation doit donc être encouragée et développée. Certains souffrent de surcroît de l'image que la société moderne renvoie d'eux. Il convient de promouvoir cette nouvelle vague d'engagement social, d'une part pour les avantages qu'elle procure à la société et aux personnes âgées elles-mêmes, d'autre part, parce qu'elle peut contribuer à changer l'image fréquemment négative des retraités et des personnes âgées.

Le rôle des communes, de par l'étendue de leur champ de compétences mais surtout de par les relations de proximité qu'elles entretiennent avec les personnes âgées, est essentiel dans cette perspective. Ainsi à l'instigation de la mairie de Saint-Apollinaire, un complexe immobilier pour toutes les générations a pu voir le jour dans cette commune. 76 logements sociaux destinés à des personnes de plus de 60 ans et à des familles avec enfants ont été construits aux côtés de petites unités de vie hébergeant des personnes dépendantes et des malades Alzheimer ainsi que d'un pôle de services très variés (accueil petite enfance, relais assistantes maternelles, ludothèque, salle de quartier, restaurant scolaire,…). Une Charte « bonjour voisin » est signée à l'entrée par les locataires et la solidarité intergénérationnelle est suscitée aussi bien au travers de l'entraide naturelle qui s'instaure dans la vie de tous les jours que dans le cadre d'animations organisées sur le site.

Objectif

> Favoriser les échanges inter générationnels.

Actions prioritaires

> Identifier, avec les membres du CODERPA, les espaces de rencontre entre générations et trouver des solutions originales pour favoriser les échanges d'expériences intergénérationnelles, afin d'assurer la transmission du savoir et du savoir-faire des seniors, par exemple dans les secteurs de l'insertion, de l'éducation, de l'art, de la recherche, des entreprises, de l'histoire, des traditions, de l'artisanat, des activités rurales et agricoles, et promouvoir les initiatives visant à faire connaître ces activités et les possibilités offertes par ces secteurs auprès des différents organismes de formation des jeunes et services de l'emploi.

> Encourager les initiatives familiarisant les personnes retraitées et âgées avec les nouvelles technologies de communication.

> Favoriser les initiatives qui participent au développement des relations intergénérationnelles (par exemple, réfectoire commun aux maisons de retraite et aux écoles primaires).
Dans le prolongement de la Semaine Bleue et de la rencontre entre le Conseil Général des Jeunes et le CODERPA sur le thème *« Et si on parlait aux vieux : jeunes – vieux, mode d'emploi »*, élaborer

une charte et un guide de bonne conduite « réciproque », assurer sa diffusion de l'école élémentaire aux maisons de retraite.

> Engager une dynamique Conseil Général des jeunes/CODERPA permettant la conduite d'un projet conjoint autour du rôle et de la place des personnes âgées, sur la transmission de la mémoire ou le regard porté sur le vieillissement…

Evaluation

> Nombre d'espaces de rencontre intergénérationnelle recensés.

> Nombre et nature des initiatives qui participent au développement des relations intergénérationnelles.

> Bilan quantitatif et qualitatif des actions réalisées présenté annuellement au CODERPA.

> Elaboration de la charte et du guide de bonne conduite « réciproque ».

> Suivi des travaux CGJ/CODERPA.

OBJECTIF 2

Offrir des réponses sociales et médico-sociales de qualité adaptées aux caractéristiques départementales

L'accompagnement à domicile

L'évolution récente de l'action gérontologique et le souhait toujours plus grand des personnes âgées de rester à leur domicile mettent l'accent sur la nécessaire mise en œuvre d'une véritable politique d'accompagnement à domicile des personnes âgées. La création de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2001 et les transferts de compétence opérés en matière gérontologique par la loi du 13 août 2004 procèdent de cette même volonté.

L'accompagnement à domicile doit être entendu au sens large, c'est-à-dire comme regroupant l'ensemble des mesures qui visent à préserver l'état de santé et l'autonomie des personnes âgées ainsi qu'à répondre aux difficultés liées à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, tout en s'inscrivant dans l'environnement quotidien et dans l'histoire des personnes âgées.

Il convient donc de continuer à développer une politique ambitieuse d'accompagnement à domicile, en s'appuyant sur les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et les services d'aide à domicile, en poursuivant les efforts engagés en direction de l'adaptation de l'habitat, en professionnalisant l'accueil familial, en développant les services innovants et les modes d'accueil alternatifs, sans oublier les aidants.

2.1 Etendre la couverture départementale en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

En Côte-d'Or, l'augmentation du nombre de personnes âgées et leur aspiration à rester le plus longtemps possible à domicile, vont entraîner des besoins supplémentaires de services de soins infirmiers à domicile qui s'avèrent déjà insuffisants à l'heure actuelle.

Les SSIAD sont nés de la volonté d'organiser des soins prolongés de manière mieux coordonnée que ne le permettent les interventions à l'acte. Ils interviennent auprès des personnes âgées malades ou dépendantes pour éviter une hospitalisation, faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, prévenir ou retarder la dégradation de l'état de santé des personnes. Ils relèvent de la responsabilité de l'Etat qui s'est engagé à poursuivre la création de nouvelles places dans le plan national « Vieillissement et Solidarités » .

En dépit d'un taux d'équipement départemental (nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus) supérieur à celui de la métropole (710 places au total soit un taux d'équipement de 18,1), l'offre reste à ce jour très inégale. Ainsi, les services de soins infirmiers à domicile n'effectuent aucune intervention dans les cantons de Selongey, Fontaine-Française, Pontailler-sur-Saône, Vitteaux et sur les secteurs de Venarey Sud-Est ainsi que sur la périphérie Ouest, Nord et Est de l'agglomération dijonnaise. A noter également, que 119 places supplémentaires autorisées en 2004 ne sont pas actuellement financées. La conférence sanitaire du territoire de santé de Côte-d'Or, préparatoire au schéma régional d'organisation sanitaire de Bourgogne 2006-2010, a conforté ce diagnostic et préconisé la mise en place d'une politique de développement de places en SSIAD plus active face à l'importance des besoins et des délais d'attente (6 mois en moyenne).

Les équipes médico-sociales présentes sur le terrain font état de la saturation des structures existantes, de l'existence d'importants délais d'attente et du transfert d'un certain nombre de tâches vers une main d'œuvre peu ou pas qualifiée.

Objectif

> Couvrir l'ensemble du territoire.

Actions prioritaires

> Fixer les lieux d'implantation supplémentaire des SSIAD en donnant la priorité aux zones non couvertes (Selongey, Fontaine-Française, Pontailler-sur-Saône, Vitteaux, Venarey Sud-Est, périphérie Ouest, Nord et Est de l'agglomération dijonnaise).

> Etudier les articulations entre les territoires des SSIAD, l'implantation des infirmiers libéraux (voire des maisons de santé et des réseaux de soins) et les secteurs d'intervention des services d'aide à domicile.

Evaluation

> Nombre de créations de places de SSIAD prévues au SROS

> Suivre l'évolution du taux d'équipement en SSIAD et l'évolution de leur territoire d'intervention.

2.2 Participer au développement des services d'aide à domicile de qualité

Le Conseil Général de la Côte-d'Or favorise, depuis la mise en place de l'APA, le recours aux services prestataires. Les équipes pluridisciplinaires, en charge de l'évaluation du plan d'aide, y contribuent très largement en sensibilisant les personnes âgées quant à l'intérêt de recourir à ces services (simplicité du système : les personnes âgées sont dégagées des responsabilités qui incombent aux employeurs et qualité des prestations). Ainsi, de juin 2002 à décembre 2004, le volume moyen mensuel des heures effectuées par les services prestataires est passé de 82 000 à 111 900, ce qui représente globalement 66 % des aides humaines apportées aux personnes âgées (contre 54 % en juin 2002).

L'Etat et le Conseil Général se sont par ailleurs engagés dans l'accompagnement au développement des services d'aide à domicile, en signant, avec les associations gestionnaires, une convention triennale de modernisation de l'aide à domicile le 10 octobre 2003. Cette convention prévoit la modernisation informatique et/ou la mise en place de systèmes de télégestion et la promotion de la démarche qualité pour les trois associations d'aides à domicile du Département. Dans ce cadre, le Conseil Général et le Fonds de Financement de l'APA attribuent pour chacun d'entre eux une subvention d'un montant total de 362 299 € sur les trois exercices. Un bilan intermédiaire des actions engagées en 2003 et 2004 a permis de constater :

- la mise en place d'un système de télégestion par l'ADMR au bénéfice de 33 associations locales et du siège ainsi que l'acquisition d'un logiciel de tenue de planning ;
- l'extension, après une période d'expérimentation d'un système de télégestion par 50 personnes à l'ensemble du personnel de la FEDOSAD ;
- l'achat du matériel informatique et l'avancement du planning de mise en œuvre de la télégestion à la Mutualité Française Côte-d'Or.

Des problèmes subsistent cependant sur le territoire.

Actuellement, les équipes médico-sociales observent un important manque de personnel en périphérie Nord et Est de l'agglomération dijonnaise (Messigny, Ahuy, Bellefond, Crimolois), dans les hautes côtes des cantons de Gevrey-Chambertin et Nuits Saint Georges et dans les cantons de Saint-Seine-L'Abbaye et de Précy-sous-Thil. De surcroît, peu d'aides à domicile bénéficient d'une qualification : moins de 10 % d'entre elles sont des auxiliaires de vie sociale. Il conviendra d'aborder cette problématique avec le Conseil Régional, qui est chargé depuis la loi du 13 août 2004 de recenser les besoins de formation, d'élaborer un schéma régional des formations sociales en lien avec les Départements, d'agréer les établissements, d'assumer le financement nécessaire aux formations (dépenses administratives et pédagogiques) et d'attribuer les aides aux étudiants.

L'encadrement semble, quant à lui, parfois débordé et doit gérer un grand nombre de personnes à temps partiel et des demandes d'intervention concentrées dans les mêmes créneaux horaires (matin, repas de midi et coucher). A noter, que le Conseil Général participe à l'animation d'actions de formation organisées à la demande des prestataires de service par l'IRTESS en direction des référents de proximité.

Par ailleurs, les personnes les plus dépendantes bénéficient proportionnellement moins de l'intervention des services prestataires. Ces derniers n'assurent ainsi en moyenne que 33 % des plans d'aide des personnes en GIR 1 (contre 82 % pour les personnes en GIR 4). Les personnes très dépendantes doivent en effet, en raison de la relative faiblesse du montant des plafonds des plans d'aide (37 % des plans d'aide en GIR 1 sont au plafond), avoir recours au gré-à-gré du fait de son plus faible coût.

Plafonnement des plans d'aide APA

% plafonds atteints /GIR	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
au 31.12.02	35 %	22,28 %	25,94 %	7,63 %	15,22 %
au 31.12.03	26,92 %	29,14 %	26,78 %	12,79 %	19,39 %
au 31.12.04	**37,96 %**	27,32 %	24,64 %	9,91 %	17,09 %

L'augmentation du coût horaire des services prestataires (de 13,40 € en juin 2002 à 16,68 € à compter du 1er juillet 2005) n'est pas non plus étrangère à ce phénomène. Alors que la convention unique prévoit 24 % d'augmentation de la rémunération des auxiliaires de vie sociale sur trois ans, les plafonds des plans d'aide n'ont été revalorisés qu'en fonction de la Majoration Tierce Personne, qui n'a évolué respectivement que de 1,5 % en 2003, 1,7 % en 2004 et 2 % en 2005.

Le Conseil Général de la Côte-d'Or souhaite poursuivre la politique d'accompagnement des services d'aide à domicile engagée lors du précédent schéma en continuant d'encourager le recours aux services prestataires. Il n'est pas certain cependant qu'il pourra continuer de le faire en s'appuyant sur ses compétences en matière d'autorisation et de tarification des services d'aide à domicile.

En effet, alors qu'aux termes de la législation actuelle, les services qui apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, au domicile des personnes âgées de plus de 60 ans ou des personnes handicapées, doivent obtenir une autorisation du Président du Conseil Général et un agrément qualité délivré par la DDTEFP s'ils s'adressent à des publics vulnérables (personnes de plus de 70 ans ou dépendantes, personnes handicapées), le projet d'ordonnance de simplification du droit et le plan de développement des services d'aide à la personne prévoient, quant à eux, une simplification des procédures ; simplification qui, si elle se confirme, réduira très significativement les compétences du Département, puisque les services d'aide à domicile pourront déroger à la procédure classique d'autorisation et de tarification en sollicitant uniquement un agrément qualité auprès de la DDTEFP pour lequel le Président du Conseil Général donne un simple avis. Ainsi le Département, principal financeur et gestionnaire de l'APA, ne dispose plus des outils lui permettant de réguler l'offre de services à domicile.

Objectifs

> Améliorer, par la formation, la qualité des services rendus.

> Assurer une couverture du territoire départemental.

Actions prioritaires

Dans le cadre de la procédure d'autorisation de nouveaux services, au vu de certains éléments (difficulté de mesurer la qualité du service offert par un prestataire sur simple dossier, desserte quasi complète du département à l'exception de quelques territoires sur lesquels les postulants ne présentent pas de solutions nouvelles - le potentiel de recrutement y étant limité voire inexistant -, possibilité pour les personnes âgées d'avoir le choix entre deux voire trois services prestataires sur l'agglomération dijonnaise) et dans l'attente d'une stabilisation des textes, adopter une position provisoire consistant à :

- finaliser prioritairement la démarche qualité engagée avec les services existants dans le cadre du fonds de modernisation de l'aide à domicile ;
- orienter les promoteurs vers la demande d'agrément adaptée leur permettant d'intervenir auprès des publics ne faisant pas l'objet d'une protection particulière (autres que personnes âgées de plus de 70 ans et/ou en situation de dépendance et/ou de handicap).

Conduire, avec l'Etat, une évaluation de la convention triennale (2003-2005) de modernisation de l'aide à domicile et promouvoir, dans la perspective de l'élaboration de la prochaine convention, un accompagnement de la mutation des services prestataires en réfléchissant notamment avec eux à l'amélioration des conditions de travail des auxiliaires de vie sociale (mensualisation des traitements, prise en compte des temps de coordination et de transmission, organisation de groupes d'échange de pratique) et à des modes d'organisation permettant d'assurer plus de continuité aux interventions (recrutement de personnels volants pour faire face aux situations d'urgence ou pallier les absences de certains salariés).

En partenariat avec le Conseil Régional, encourager et adapter la formation du personnel d'encadrement et des aides à domicile :

- encourager le renforcement des compétences gérontologiques dans le DEAVS ;
- augmenter l'offre de formation ;
- réfléchir à la création d'un dispositif de tutorat ;
- soutenir les associations prestataires dans leurs actions de formation et de validation des acquis des personnels afin d'améliorer significativement la qualité des prestations offertes.

> Développer des campagnes d'information et de communication en lien avec les différents partenaires (Education Nationale, Conseil Régional, missions locales, maisons de l'emploi) pour valoriser les métiers de l'aide à domicile et susciter des vocations.

> Animer une journée départementale avec les auxiliaires de vie sociale autour de plusieurs ateliers (développement de l'autonomie, accompagnement à la fin de vie, …).

> Continuer de favoriser l'activité prestataire en engageant notamment une réflexion sur les moyens pouvant favoriser le recours au prestataire.

Evaluation

> Evolution du nombre de formations qualifiantes proposées et du nombre de personnes qualifiées.

> Evolution du nombre de personnes employées par les services prestataires à temps plein.

> Evolution du taux de couverture départemental.

> Evolution des interventions des différents systèmes (prestataire, mandataire, gré-à-gré).

> Bilan de la journée départementale auxiliaire de vie sociale.

2.3 Poursuivre les efforts engagés en direction de l'adaptation de l'habitat

L'adaptation du logement est souvent une condition essentielle du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Des travaux ou des aides techniques peuvent s'avérer nécessaires pour réduire les risques d'accidents, faciliter l'accès et la circulation dans le logement, simplifier l'intervention des professionnels de l'aide et des soins.

Dans le cadre d'une coordination gérontologique, la Caisse Régionale Assurance Maladie Bourgogne - Franche-Comté, la Mutuelle Sociale Agricole, les Caisses de retraite Assurance Vieillesse des Artisans et Caisse Nationale ORGANIC, le Centre Communal d'Action Sociale de Dijon et le Conseil Général de la Côte-d'Or ont mis en place un dispositif novateur en matière d'adaptation de l'habitat : APH 21.

APH 21 est destinée à améliorer la qualité des réponses aux besoins des personnes de plus de 60 ans, confrontées à des difficultés liées à l'avancée en âge et à la perte d'autonomie, souhaitant rester à leur domicile, en apportant une information optimale aux demandeurs et à leurs familles et, dans certains cas, en participant financièrement à la réalisation matérielle de leur projet de vie. Elle repose sur un guichet unique (un seul dossier de demande d'aide est déposé au Conseil Général de la Côte-d'Or qui assure la coordination des différents financeurs et intervenants nécessaires et se tient à la disposition des personnes âgées pour toutes les questions relatives au suivi de leur dossier). Les personnes peuvent bénéficier d'une évaluation globale de leur situation par une équipe pluridisciplinaire spécialisée, quel que soit leur régime de retraite et se voir proposer un plan d'aide individualisé (réalisation de travaux, apport d'aides techniques).

Depuis sa création en 2001, le dispositif a fait l'objet de deux évaluations dont l'une d'entre elle a été effectuée par le réseau des consultants en gérontologie dans le cadre de l'expertise des CLIC expérimentaux. Au total, ce sont 1 200 personnes qui ont bénéficié d'APH 21. En moyenne, ce sont aujourd'hui 400 dossiers qui sont traités chaque année. Concernant les demandes de travaux, 80 % concernent l'adaptation de salles de bains et de sanitaires et dans 90 % des cas, il n'incombe aucun reste à charge aux personnes. Les aides techniques sont elles concentrées sur les aides à la toilette et aux transferts ; une participation financière complémentaire des bénéficiaires est généralement nécessaire (elle varie en moyenne, selon les caisses de retraite et les revenus des bénéficiaires, de 80 à 1 700 €).

Pour les personnes âgées ne pouvant bénéficier d'APH 21 (dans les cas où notamment les caisses de retraite dont elles relèvent ne sont pas signataires de la convention APH 21 ou encore si les travaux qu'elles souhaitent réaliser n'entrent pas dans les critères éligibles au titre du dispositif), un programme départemental prévoit également, sous certaines conditions de ressources, une participation financière du Conseil Général dans le cadre de sa politique d'amélioration de l'habitat.

En dépit de l'existence de ces deux dispositifs, des efforts importants restent cependant à accomplir. Malgré une coordination satisfaisante entre les aides à l'amélioration du logement (isolation, chauffage,…) et les aides à l'adaptation du logement (APH 21), il convient de rappeler qu'en Côte-d'Or, 1 800 logements sans confort et près de 29 000 logements sans chauffage central sont occupés par une personne de 60 ans et plus. Les personnes âgées rencontrent également des difficultés à trouver un logement adapté quand elles doivent en changer.

Il convient enfin de souligner que du fait de la loi du 13 août 2004, les politiques d'amélioration de l'habitat et de logement social vont certainement connaître dans les mois à venir des changements notables. Le Grand Dijon s'est ainsi porté candidat à la délégation des aides à la pierre. Dans cette perspective, de nouveaux partenariats seront à construire.

Objectifs

> Développer, en liaison avec les bailleurs sociaux, un parc de logements adaptés.

> Améliorer le traitement et la réalisation des travaux et des aides techniques subventionnés par APH 21 (réduction des délais notamment). Une étude du conseil de gestion de la Direction Générale des Services Départementaux sera effectuée sur ce sujet.

Actions prioritaires

> Mener des actions de prévention et de sensibilisation du grand public (campagne d'information sur l'adaptabilité de l'habitat), des acteurs de proximité, des équipes médico-sociales et prestataires techniques ; des bailleurs publics et privés des professionnels du bâtiment, des architectes, afin d'envisager dès la conception et la construction la notion de perte d'autonomie.

> En lien avec les Centres Locaux d'Informations et de Coordination (CLIC) et les bailleurs sociaux, recenser les logements locatifs adaptés, créer et gérer un répertoire départemental (une réflexion en ce sens est actuellement conduite avec l'Union départementale de l'Habitat).

> Construire des partenariats avec les bailleurs pour développer un parc de logements adaptés.

> Encourager la construction de logements à proximité des EHPAD et/ou des services d'aide et de soins à domicile comme lieux ressources.

Dans le cadre de l'Adaptation Personnalisée de l'Habitat 21 :

- rechercher avec le comité de pilotage du dispositif, les solutions permettant d'améliorer la prise en charge des aides techniques ;
- renforcer les moyens humains de la coordination en lien avec la montée en charge du dispositif ;
- améliorer l'accompagnement des personnes âgées pendant la phase de réalisation des travaux ou de première utilisation des aides techniques ;
- travailler avec les fédérations du bâtiment pour un partenariat qualitatif sur l'adaptation de l'habitat (élaboration d'une charte qualité) ;
- expérimenter les nouvelles modalités d'accueil des personnes âgées pendant la durée des travaux.

Evaluation

> Suivre l'état d'avancement du projet de répertoire départemental.

> Nombre de dossiers traités dans le cadre d'APH 21, montant restant à charge des bénéficiaires, délai de réalisation, évaluation de la satisfaction des bénéficiaires d'APH 21.

2.4 Aider les aidants et/ou développer les services innovants et les modes d'accueil alternatifs

Les personnes âgées sont souvent contraintes de choisir entre le domicile et l'établissement. Or certaines d'entre elles pourraient demeurer plus longtemps à domicile s'il existait des possibilités accrues d'aide au répit, des services plus étendus à domicile (portage de repas, télé-alarme, gardes de nuit itinérantes, lavage de linge, dépannage,…) et ou des structures intermédiaires, susceptibles de relayer les aidants. Il convient ainsi de rappeler que 80 % des personnes âgées les plus dépendantes vivent à domicile grâce à une forte implication familiale et des solidarités de voisinage.

Les aidants se heurtent cependant à un certain nombre de difficultés :

- difficultés psychologiques : sentiment de solitude, d'isolement, de culpabilité, d'impuissance vis à vis d'une dépendance jugée irréversible, difficultés à faire face aux comportements liés au déficit cognitif d'origine démentielle ;
- restriction de la vie personnelle, bouleversement des habitudes familiales, diminution des activités sociales et de loisirs ;
- difficultés financières par accroissement des dépenses liées à la grande dépendance.

Dans le cadre de sa politique gérontologique, le Conseil Général de la Côte-d'Or, développe donc depuis l'an 2000 des programmes d'aide aux aidants. Des cycles de formation et d'information ont été organisés avec la CRAM à Beaune ; en partenariat avec la Mutualité Française Côte-d'Or à Montbard et Châtillon-sur-Seine ; en lien avec le CHU à Beaune et Dijon. Toutefois, en dépit de la conduite de campagnes d'information, seule une cinquantaine de personnes se sont montrées intéressées par ces actions (une session prévue sur Auxonne a même dû être annulée faute de participants). Ce constat interroge sur l'adéquation de ces actions à la disponibilité des aidants même si pour répondre à cette difficulté, il leur est proposé gratuitement qu'un professionnel vienne à leur domicile s'occuper de la personne dont ils ont habituellement le soin, très peu usant de cette possibilité.

Toutefois, il convient de souligner qu'une fois le cycle de formation achevé, le sentiment de satisfaction est grand parmi les participants qui déclarent avoir amélioré leur connaissance des personnes âgées mais surtout réussi à tisser des liens de qualité entre eux et avec les intervenants issus du terrain. Ces liens leur permettent par la suite de rompre leur isolement face aux difficultés rencontrées quotidiennement.

Les modes d'accueils alternatifs se sont quant à eux, bien développés en Côte-d'Or, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale leur ayant conféré le statut d'établissement social et médico-social. A noter que les orientations contenues dans le SROS 2006-2010, en cours de réalisation, appellent à la poursuite de ce mouvement. Il existe ainsi aujourd'hui 102 places d'accueil de jour et 127 places d'accueil temporaire. Il apparaît cependant que ces dernières ne sont pas toujours occupées de manière optimum du fait, d'une part, de l'absence de transport adapté (voir chapitre 1.6) et d'autre part de la faible connaissance de ces modes d'accueils par les familles, les soignants et les aidants. Il peut arriver, par ailleurs, que des places d'hébergement temporaire soient détournées de leur objectif initial et consacrées à un hébergement traditionnel mais il apparaît surtout que ces accueils alternatifs répondent aujourd'hui davantage à la problématique des sorties d'hospitalisation plutôt qu'à la recherche d'un temps de répit pour les familles.

Objectifs

> Impulser des actions de soutien aux aidants sur la base d'une démarche territorialisée et participative.

> Promouvoir les modes d'accueil alternatifs et les services innovants.

Actions prioritaires

> Structurer un dispositif global d'aide aux aidants intégrant la diffusion d'informations sur les pathologies, les différents types d'aide (juridique, sociale, …) et la mise en place de lieux de parole. Organiser des possibilités de rencontre avec des professionnels et intégrer au plan d'aide des financements pour la garde à domicile ou le remplacement des aidants. Etudier la possibilité de positionner sur les territoires des « personnes ressources » pour les aidants.

> Participer à la diffusion d'informations sur l'existence des accueils alternatifs en les répertoriant notamment dans le Guide des aînés.

> Réaliser en partenariat avec les gestionnaires, un cahier des charges de référence en valorisant les initiatives innovantes.

> Encourager la création d'accueil de jour (voir de nuit) et d'hébergements temporaires intégrés dans les établissements.

> Favoriser la contractualisation entre hôpitaux et EHPAD visant à réserver des places d'héberge-

ment temporaire pour faciliter les sorties d'hospitalisation (améliorer notamment la transmission du dossier médical).

Evaluation

> Suivi qualitatif de la mise en place d'un dispositif structuré d'aide aux aidants.

> Création ou développement de nouveaux services à domicile.

> Suivi des tableaux de bord de création et d'occupation des places d'hébergement temporaire.

2.5 Professionnaliser l'accueil familial

L'accueil familial est une réponse souple, alternative à l'hébergement institutionnel, et qui, par son caractère non collectif est susceptible d'apporter une réponse complémentaire à la demande d'aide. Le Conseil Général souhaite profiter des perspectives ouvertes par le décret du 30 décembre 2004 pour professionnaliser ce mode d'accueil.

Par ailleurs, il n'existe pas aujourd'hui sur le territoire départemental de possibilité d'accueil thérapeutique pour les personnes atteintes de pathologies psychiatriques vieillissantes. Afin de pallier cette carence, le Département a développé des possibilités d'accueil familial renforcé dans le cadre médico-social par voie de conventionnement avec les structures psychiatriques concernées. Si des réflexions sont en cours en vue d'étendre ces possibilités dans des conditions identiques sur d'autres parties du territoire, ces réponses restent partielles et freinent le développement de l'accueil des personnes âgées, le dispositif étant embolisé par les personnes atteintes de pathologies psychiatriques. Il convient donc d'inviter le secteur sanitaire à développer des réponses adaptées relevant de ses compétences.

Objectif

> Professionnaliser les accueillants familiaux.

Actions prioritaires

> Renforcer la structuration des relations avec le secteur psychiatrique pour l'accueil des malades mentaux stabilisés dans des limites compatibles avec l'accueil médico-social.

> Organiser des formations en direction des accueillants familiaux.

Evaluation

> Evolution des différents publics bénéficiant de l'accueil familial.

> Nombre de formations suivies par les familles d'accueil.

L'accueil en établissement

La volonté de développer les actions d'accompagnement à domicile ne doit pas pour autant faire oublier la nécessité de développer et d'adapter les équipements destinés aux personnes âgées. Aujourd'hui, ce sont près de 4 200 personnes en GIR 1 à 4 qui vivent en établissement…

L'Etat et le Conseil Général de la Côte-d'Or sont d'autant plus sensibles à cette dimension de l'action gérontologique que les évolutions démographiques laissent entrevoir une augmentation sensible du nombre de personnes en situation de dépendance à l'horizon 2010 : selon la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, 8 300 personnes seraient dans une situation de dépendance moyenne (GIR 3 et 4) ou forte (GIR 1 et 2) et il est d'ores et déjà plus probable que ce chiffre s'élève à 9 000 ou 10 000 personnes au regard de l'augmentation des demandes d'APA et de l'évolution de la prévalence des démences. Toutefois, les besoins en équipement n'exploseront que dans dix à quinze ans, la poussée démographique actuelle concernant essentiellement la tranche des 60-65 ans. La progression du nombre d'établissements d'hébergement s'avère cependant d'ores et déjà indispensable (300 places font actuellement défaut et la réalisation des projets en cours ne parviendra qu'à absorber la poussée démographique des cinq années à venir).

L'Etat et le Conseil Général de la Côte-d'Or entendent agir concrètement dans le cadre d'une politique pluriannuelle d'équipements spécifiques adaptés aux personnes âgées :

- en achevant la médicalisation et en poursuivant l'amélioration de l'accompagnement de la dépendance au sein des établissements ;
- en favorisant la création d'établissements d'hébergement pour personnes âgées en situation de dépendance importante et dans les zones où le nombre de ces dernières va croître rapidement ;
- en adaptant les structures aux besoins de publics spécifiques (personnes en situation de handicap, migrants vieillissants, personnes atteintes de démence).

2.6 Améliorer l'accompagnement de la dépendance au sein des établissements

Une réforme d'envergure est conduite depuis 2002 (arrêté du 29 avril 1999 et loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002) dans le but d'améliorer la prise en charge de la dépendance des personnes âgées au sein des établissements. L'accent à travers cette réforme porte essentiellement sur la qualité du service rendu. Désormais, les établissements autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Général et l'autorité tarifaire compétente pour l'Assurance Maladie pour définir les conditions de fonctionnement et les objectifs d'évolution de l'établissement. En Côte-d'Or, une convention type a été rédigée sur le modèle régional qui a résulté d'un important travail piloté par la CRAM en collaboration avec les représentants des Conseils généraux, de la DRASS, de la DDAS et des établissements.

Au 31 décembre 2004, ce sont 46 conventions qui ont été signées. Elles couvrent 51 des 78 établissements touchés par la réforme, soit 3 974 lits sur les 6 050 concernés.

Ces conventions ont permis de dégager les dotations en moyens correspondants à la création de 157 ETP dont 114 au titre des soins et 36 au titre de la dépendance (ces estimations excluent les hôpitaux pour lesquels un important travail de clarification reste à conduire).

Outre l'amélioration des soins (création de postes d'aide-soignante et d'infirmière), les engagements retracés dans les conventions ont porté essentiellement sur les points suivants :

- la formation des personnels nécessaires pour accompagner la démarche qualité (mise en place de plan de formations qualifiantes) ;
- la rédaction et la mise en œuvre de protocoles concernant tant les aspects soins, dépendance, hygiène (circuit de linges, élimination des déchets) que la prévention (des chutes, des escarres, …) ;
- l'amélioration de la qualité des relations avec les résidents et leurs proches (mise en œuvre du conseil de la vie sociale, désignation de référents médicaux et administratifs pour les familles, définition de procédures permettant de recueillir les avis et les attentes des résidants et de leur famille, …).

Ces objectifs sont déployés sur une période de cinq années et seront évalués au terme de chaque convention.

La mise en œuvre de ces conventions a cependant révélé les difficultés de recrutement du personnel soignant. Ainsi la réalisation d'une enquête téléphonique conduite par les services du Conseil Général auprès des EHPAD en juillet 2005 indiquait les vacances d'une quarantaine de postes d'infirmières et d'une centaine de postes d'aides-soignantes et d'aides médico-psychologiques (secteur hospitalier compris). Si la mise en place de la validation des acquis de l'expérience pour les personnels non qualifiés aide médico-psychologique et aide-soignante peut permettre d'espérer une amélioration relativement rapide pour ces deux métiers, la pénurie d'infirmières risque d'être plus permanente (durée de formation plus longue, absence de VAE, problème d'attractivité des EPHAD et particulièrement de ceux se situant en milieu rural, …). Sur ces thématiques, il convient de dégager des pistes d'action avec le Conseil Régional, responsable depuis la loi du 13 août 2004, des formations paramédicales et sociales et de l'organisation du réseau de centres et points d'information et de conseil sur la VAE. Il est également l'instigateur, en partenariat avec l'ARH, d'une allocation territoriale d'études destinée aux élèves infirmières (une aide financière est versée pendant toute la durée de la formation, à partir de la deuxième année, contre un engagement à exercer dans un établissement de santé bourguignon pour une durée de 36 mois). A noter que pour la rentrée 2005-2006, cette allocation a été bonifiée pour les élèves qui signent un contrat de pré-embauche avec un établissement médico-social situé en zone rurale.

Objectifs

> Améliorer l'accompagnement de la dépendance au sein des établissements.

Actions prioritaires

> Accélérer et achever la signature des conventions tripartites pour les 27 établissements restants.

> Conduire une réflexion avec le Conseil Régional, sur les besoins de formation et les difficultés de recrutement existant dans le secteur gérontologique.

Evaluation

> Suivi de la progression de la médicalisation par le conventionnement tripartite.

> Nombre de postes (infirmières, aides médico-psychologiques, aides soignantes) non pourvus.

> Evolution de la qualification des personnels des EHPAD.

> Nombre de personnes ayant eu accès à la VAE.

> Nombre de formations suivies par les familles d'accueil.

2.7 Adapter la capacité d'hébergement aux besoins des territoires

Plusieurs projets d'établissements sont actuellement en cours de réalisation. Il est notamment prévu une augmentation de 24 places de la capacité de la maison de retraite de Talmay, la création d'un EHPAD à Dijon de 90 places et d'un établissement de 80 places à Darois.

Compte tenu de ses projets et de l'évolution démographique, l'analyse de l'offre en établissements pour personnes âgées fait apparaître une insuffisance de places, notamment pour les personnes les plus dépendantes (aujourd'hui les personnes entrent en établissement plus tardivement - en moyenne à 84 ans - et en situation de dépendance lourde ; la durée moyenne de séjour n'est plus que de deux années) et des disparités d'équipements sur le Département. Le déficit peut être évalué à 300 places d'ici 2010.

	Capacité hébergement au 31/12/2004 ––	Capacité hébergement a minima horizon 2010 ––	% évolution capacité hébergement ––	% évolution population + 65 ans ––
1 • Pays de l'Auxois-Morvan Côte-d'Orien	1 314	1 259	- 4,18	- 5,05
2 • Pays Beaunois	1 393	1 393	0	+ 0,82
3 • Pays Châtillonnais	350	350	0	- 2,88
4 • Pays Plaine de Saône - Vingeanne	500	500	0	+ 0,80
5 • Pays Dijonnais	2 659	2 937	+ 10,45	+ 8,24
6 • Pays Seine et Tilles en Bourgogne	210	234	+ 11,42	+ 4,15
	6 426	**6 673**	**+ 3,84**	**+ 3,74**

La capacité d'hébergement a minima à l'horizon 2010 a été calculée en intégrant la réalisation des projets autorisés au 31/12/2004.

A noter que le taux d'occupation est voisin de 95 % (Source : « Les résidents des établissements bourguignons d'hébergement pour personnes âgées en 2003 ». DRASS de Bourgogne mai 2005).

Objectifs

Soutenir en tant que de besoin les créations de places, en privilégiant l'axe Is-sur-Tille / Dijon Sud et, dans un premier temps, le territoire couvert par le SCOT du dijonnais.

Améliorer le confort des établissements (mise en conformité avec l'arrêté du 26 avril 1999 : suppression des chambres à trois lits et diminution des chambres à deux lits).

Actions prioritaires

> Sensibiliser les élus à la nécessité de prendre en compte les besoins en équipements médico-sociaux dans les projets de territoire et les documents d'urbanisme, conformément à l'article 51 de la loi du 11 février 2005 (les communes et leurs groupements sont tenus d'inscrire dans leurs documents d'urbanisme les réserves foncières correspondant aux équipements prévus par le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale).

Dans le cadre de la procédure d'autorisation, retenir les établissements qui :

- prendront en charge les personnes les plus dépendantes (GIR 1, 2 voire 3) - ce qui implique une anticipation de l'évolution du GMP par les crédits de l'assurance maladie. Aujourd'hui en effet, compte tenu des délais constatés pour l'obtention des crédits de l'assurance maladie en cas d'augmentation significative du GMP, les gestionnaires d'établissement sont conduits à limiter l'accueil de la population en situation de grande dépendance ;
- s'implanteront dans les zones où le nombre de personnes âgées augmente fortement, à savoir sur le territoire couvert par le SCOT du dijonnais, pour une capacité de l'ordre de 300 places (estimation réalisée sur la base des éléments disponibles à ce jour) et sur des sites qui permettront une socialisation maximum (proximité des centres de vie, des écoles, des commerces...).

> Adapter, dans une démarche de rééquilibrage, territoire par territoire, la capacité d'accueil des secteurs géographiques aux besoins recensés sur ceux-ci, en profitant des marges de manœuvre offertes par les projets de rénovation des établissements.

> Mettre en place un groupe de veille médico-social chargé de vérifier annuellement l'adéquation des réponses apportées aux besoins des territoires et de proposer les adaptations nécessaires (analyse et suivi du niveau et de la nature de la dépendance des personnes âgées à l'entrée en établissement pour mieux appréhender la demande…)

Evaluation

> Nombre et localisation de places en hébergement créées.

2.8 Adapter les structures d'accueil de public spécifique

a) les personnes handicapées

La question du vieillissement des personnes en situation de handicap est de plus en plus prégnante au sein des établissements qui les hébergent et a fait l'objet de la mise en place d'un groupe de travail spécifique à l'occasion de l'élaboration du schéma personnes handicapées. En effet, si aujourd'hui seulement 25 résidents ont plus de 60 ans, ils seront plus de 70 en 2010 et 180 en 2015. Une enquête sur cette thématique réalisée dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental en faveur des adultes handicapés a montré que l'habitude de la vie en institution des personnes en situation de handicap avait tendance à faciliter l'intégration en maison de retraite. Il est toutefois également apparu que plusieurs éléments conditionnaient cette réussite (nombre limité de personnes concernées au sein des EHPAD, préparation dans le cadre d'un projet individualisé…) et que l'intégration n'était pas toujours bien vécue, ni par l'intéressé, ni par son environnement.

Il convient par ailleurs de poursuivre le rapprochement opéré par le schéma personnes handicapées entre les questions du handicap et de la dépendance puisque la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est venue conforter cette évolution en prévoyant d'ici cinq ans, la suppression de toute distinction entre personnes handicapées en fonction des critères d'âge en matière de compensation du handicap.

Objectif

En cohérence avec le schéma départemental en faveur des adultes handicapés, améliorer l'accompagnement des personnes handicapées âgées.

Actions prioritaires

Des adaptations s'avèrent nécessaires tant dans les EHPAD que dans les établissements d'hébergement pour personnes handicapées :

- accompagner la personne dans l'établissement pour personnes handicapées qui l'héberge en facilitant l'intervention des Services de Soins Infirmiers à Domicile et des Services d'Aide à Domicile, au titre du soutien à domicile ;
- développer l'accompagnement par les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale en EHPAD ;
- s'appuyer sur les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dans les établissements d'accueil pour personnes âgées pour faciliter l'intégration des personnes handicapées en leur sein, en intégrant cette dimension dans la programmation des besoins en hébergement temporaire ;
- sensibiliser le personnel des EHPAD à la problématique spécifique du handicap et les personnels des établissements pour personnes handicapées à celle du vieillissement ;
- développer le partenariat entre les établissements d'accueil pour personnes handicapées et des personnes âgées ;
- contribuer à l'évolution des métiers (les aspects éducatifs, de la santé, de l'animation et de l'accompagnement à la vie sociale doivent prendre en compte la dimension gérontologique) ;
- assurer une véritable prise en compte du vieillissement dans les projets individualisés des personnes en situation de handicap ;
- dans le cadre de la procédure d'autorisation, favoriser la création d'unités adaptées, au sein des EHPAD, pour l'accueil des personnes handicapées afin de permettre un accompagnement plus spécifique.

Evaluation

> Evolution de l'intervention des SSIAD et des services d'aide à domicile au sein des établissements pour personnes handicapées et des SAVS au sein des EHPAD, ce qui nécessitera une évolution du référentiel en vigueur à ce jour.

> Nombre d'unités d'accueil adaptées créées au sein des EHPAD.

> Nombre de personnes âgées handicapées accueillies par type d'établissement.

b) les migrants vieillissants et les personnes âgées « marginalisées »

Le vieillissement des migrants commence à se poser avec acuité d'autant que leur situation apparaît souvent aggravée : isolement, faibles ressources, difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun, vieillissement précoce et habitat peu adapté. La plupart des foyers de travailleurs migrants confirment ainsi la présence croissante de résidents qui ne sont plus des travailleurs et qui vieillissent en foyer (autour de 30 % de la population accueillie). Loin d'être une hypothèse, la vieillesse est donc à organiser au sein de ses structures. La solution n'est pas en effet systématiquement à rechercher à l'extérieur (coût élevé de l'alternative institutionnelle et problèmes de cohabitation) car le foyer est considéré comme un domicile où une vie entière s'est déroulée.

La volonté de l'Etat et du Département de la Côte-d'Or n'est pas d'inventer une politique vieillesse « immigrés » mais bien plutôt de parvenir à prendre en compte la particularité des situations rencontrées.

Par ailleurs, il est apparu à l'examen de cette question spécifique que la situation des travailleurs migrants âgés était très proche de celle des personnes âgées « marginalisées », pour lesquelles il convient de développer une offre d'hébergement adaptée.

A noter qu'il existe en Côte-d'Or depuis 1993, une Maison d'Accueil pour Personnes Agées Marginalisées. A vocation sociale, non médicalisée, il s'agit d'une structure ouverte sur la ville qui accueille des personnes âgées valides en rupture de liens sociaux, familiaux ou amicaux. Son objectif est d'aider des hommes et des femmes ayant connu la « galère » à trouver un équilibre pour éventuellement permettre leur orientation vers une maison de retraite « traditionnelle » ou médicalisée. Les actions engagées en leur direction s'inscrivent dans le cadre d'une prise en charge globale (logement, santé, loisirs, culture,…) et tendent à améliorer leur capacité à négocier avec les autres, leur entourage, les services et les institutions. Le fonctionnement de la MAPAM est lié à celui du Foyer de la Manutention (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) et la cohabitation intergénérationnelle est de mise au quotidien. A ce jour, 30 personnes sont accueillies dans ce cadre.

Objectifs

> Améliorer les conditions d'hébergement des migrants vieillissants.

> Développer une offre d'hébergement adaptée aux personnes âgées « marginalisées ».

Actions prioritaires

> Confier au groupe de travail constitué, pour vérifier l'adéquation de l'offre d'hébergement aux besoins des territoires et des populations, l'analyse de l'étude réalisée sur les travailleurs migrants vieillissant (actuellement en cours de réalisation par l'URIOPSS à la demande de la CRAM et du FASILD) afin de formuler des propositions d'actions (par exemple, conventionnement entre les foyers d'hébergement et les services d'aide à domicile afin de faciliter leur intervention).

> Diversifier les possibilités d'accueil offertes par la MAPAM : pour les personnes dont les comportements et les besoins permettent un hébergement individuel, proposer un logement situé à proximité du Foyer de la Manutention afin de permettre l'utilisation de son plateau technique.

Evaluation

> Observation de l'évolution d'indicateurs liés à ces problématiques (nombre de migrants vieillissants vivant en foyer, intervention des services de soins à domicile et d'aide à domicile en leur sein, nombre de personnes « marginalisées » hébergées en logements individuels…).

c) les personnes atteintes de démence

La démence est aujourd'hui encore largement sous-estimée. Selon une étude de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales conduite en octobre 2004, 7 600 personnes en Côte-d'Or souffrent de démence dont 480 seulement bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

La démence est une maladie et relève en conséquence du SROS 2006-2010, actuellement en cours d'élaboration. A titre d'information, les premières orientations prévoient :

- le développement d'une politique forte et coordonnée de formation professionnelle à la psychogériatrie en faveur des médecins et des personnels paramédicaux tant en formation initiale qu'en formation continue ;
- le renforcement en compétences psychogériatriques des centres référents de gériatrie (CHU, CH de Beaune et de Châtillon-Montbard) ;
- la création d'unités d'hospitalisation de jour avec des places dédiées à la gérontopsychiatrie ;
- le développement des relations avec les hôpitaux locaux ;
- le positionnement du CHU, pôle de référence au sein du territoire à vocation d'enseignement et de recherche et de soins, en tête de pont hospitalo-universitaire d'un réseau de prise en charge de la psychogériatrie s'appuyant sur les structures existantes).

Il est en outre nécessaire de mettre en place un accompagnement global en faveur des personnes atteintes de cette pathologie.

Quand l'entrée en institution s'impose, plusieurs types de réponses doivent être ainsi offerts : unités spécifiques en EHPAD ou création d'établissements spécialisés.

Objectif

> Proposer des réponses souples pour une prise en charge de qualité des personnes.

Actions prioritaires

Dans le cadre de la procédure d'autorisation, encourager la création d'établissements spécialisés.

> Créer des unités spécifiques au sein des EHPAD, en veillant au respect de certains critères relatifs au projet de vie et de soins de la personne et en s'appuyant sur un réseau externe spécialisé ou en renforçant la formation des personnels en place.

Evaluation

> Nombre d'unités spécifiques créées en EHPAD et nombre de création d'établissements spécialisés.

OBJECTIF 3

Piloter et coordonner la politique gérontologique départementale

L'Etat et le Conseil Général de la Côte-d'Or sont convaincus que les enjeux et les intérêts d'une bonne coordination entre les acteurs, d'une mise en réseau des partenaires et du développement des collaborations, sont multiples :

- pour les personnes âgées, il s'agit de la possibilité de disposer d'une information actualisée, centralisée et complète, de bénéficier d'une prise en charge formalisée, évaluée et coordonnée, de profiter de la plus grande implication des partenaires… ;
- pour les professionnels, c'est l'opportunité de renforcer les partenariats, de rompre l'isolement, de développer de nouvelles modalités de travail mieux à même de répondre aux attentes des personnes mais aussi d'améliorer leurs conditions de travail ;
- pour les institutions, la mise en œuvre d'une véritable coordination de proximité favorisera une approche globale des personnes et contribuera à mieux utiliser les moyens.

En sa qualité de chef de file de l'action sociale et médico-sociale et au terme de l'article 56 de la loi du 13 août 2004, « le Département définit et met en oeuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne…les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. Il met en oeuvre ces compétences en s'appuyant notamment sur les Centres Locaux d'Information et de Coordination. Il veille à la cohérence des actions respectives des Centres Locaux d'Information et de Coordination, des équipes médico-sociales prévues par le dispositif APA, et de celles des établissements et services qui accueillent ou apportent une aide ou des soins à domicile ».

Dans ce cadre, le Conseil Général souhaite participer au renforcement du rôle et des missions des CLIC, à la structuration de l'intervention gérontologique sur les territoires, à l'information et l'éducation sur le bien vieillir et à la mise en place des dispositifs d'alerte permettant une réactivité en période de crise.

3.1 Renforcer le rôle et les missions des CLIC

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sont nés de la volonté du législateur de garantir aux personnes âgées le droit qui leur est reconnu de rester à leur domicile en développant une approche globale et personnalisée du besoin d'aide, à la fois par la coordination des aides et la préservation de la qualité de vie. Les CLIC sont en conséquence chargés, sur un territoire donné, de prendre en compte tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées (soins, accompagnement, adaptation de l'habitat, vie sociale) et de favoriser l'utilisation d'outils communs (dossier unique, cahier de liaison, grille d'évaluation, rencontres régulières avec les intervenants, …).

Leurs missions varient et s'étoffent selon leur niveau de labellisation (de 1 à 3) :

- information des personnes âgées et de leur famille ainsi que les professionnels sur les droits et démarches, les moyens existants ;
- évaluation des besoins ;
- orientation des personnes vers le dispositif adéquat ;
- travail avec les familles, aide aux aidants…

En Côte-d'Or, 7 CLIC, portés par trois types de structures support distincts, tous de niveaux 3 (à l'exception de celui de Beaune de niveau 2) couvrent l'ensemble du territoire.

Structure juridique des CLIC et population servie

CLIC	Cadre juridique (promoteur)	Population couverte (nombre de personnes de 60 ans et plus)
CLIC du Val de Saône	Association du Val de Saône	11 561
CLIC de Sud Côte-d'Or	E.H.P.A.D.	6 521
CLIC du C.C.A.S. de Dijon	C.C.A.S.	28 460
CLIC de Haute Côte-d'Or	Association du réseau gérontologique de Haute Côte-d'Or	17 988
CLIC de Chenôve	C.C.A.S.	3 309
CLIC du C.C.A.S. de Beaune	C.C.A.S.	7 718
CLIC de la Mutualité Française Côte-d'Or	Association d'aide à domicile	29 371

Les territoires d'intervention des CLIC

CLIC	Cantons	Pays	UTAS
CLIC du Val de Saône	**6 :** Seurre, Saint-Jean-de-Losne, Auxonne, Pontailler, Mirebeau, Fontaine Française	**2 :** pays Plaine de Saône, pays beaunois	**2 :** Genlis et Beaune
CLIC de Sud Côte-d'Or	**5 :** Liernais, Pouilly, Arnay, Bligny, Nolay	**2 :** pays de l'Auxois, pays beaunois	**1 :** Beaune
CLIC du C.C.A.S. de Dijon	Ville de Dijon	SCOT Dijon	**3 :** Chenôve, Dijon Grésilles, Dijon Fontaine d'Ouche
CLIC de Haute Côte-d'Or	**12 :** Saulieu, Précy, Vitteaux, Semur, Venarey, Baigneux, Aignay, Montbard, Recey, Châtillon, Laignes, Montigny	**2 :** pays de l'Auxois, pays du Châtillonnais	**1 :** Montbard de manière parfaite
CLIC de Chenôve	Ville de Chenôve	SCOT Dijon	Chenôve
CLIC du C.C.A.S. de Beaune	**2 :** Beaune Nord, Beaune Sud	**1 :** pays beaunois	**1 :** Beaune
CLIC de la Mutualité Française Côte-d'Or	**12 :** Nuits-Saint-Georges, Genlis, Chenôve, Sombernon, Dijon 1, 2 et 5, Fontaine-les-Dijon, Saint-Seine-l'Abbaye, Is-sur-Tille, Grancey, Selongey	**3 :** pays de l'Auxois pays beaunois pays Seine et Tille	**5 :** Beaune, Genlis, Chenôve, Dijon Grésilles, Dijon Fontaine d'Ouche

Il apparaît rapidement, et notamment à la lecture de ces deux tableaux, que la situation est extrêmement hétérogène d'un CLIC à l'autre : certains couvrent des territoires si vastes que la proximité se trouve impossible à organiser (deux CLIC couvrent, à eux seuls, plus de la moitié de la population ciblée), d'autres ne disposent pas de locaux spécifiques et/ou adaptés à l'accueil de personnes en perte d'autonomie, d'autres encore sont mal connus des acteurs des politiques gérontologiques…

Dans ce contexte, un important travail d'expertise a été confié par le Conseil Général à un cabinet spécialisé. Ce travail d'expertise est en cours de réalisation et permettra de disposer d'une vision globale de la coordination gérontologique sur l'ensemble du territoire départemental, sachant que le Conseil Général souhaite qu'en chacun de ces points, un socle commun de services soit assuré à la population (ce qui n'exclut pas, qu'en fonction des spécificités et des contextes locaux et des structures supports, des actions complémentaires puissent être développées).

La CRAM, quant à elle, a récemment confié aux CLIC l'élaboration des plans d'aide pour les personnes relavant de sa compétence. Du fait de cette évolution, il conviendra de veiller à éviter tout risque de conflit lié à la diversité des donneurs d'ordre et des financeurs.

Objectifs

> Garantir la continuité du fonctionnement des CLIC déjà labellisés.

> Engager une démarche qualité sur les CLIC.

Actions prioritaires

> Réaliser une expertise du fonctionnement des CLIC actuellement labellisés (analyse juridique de la situation de chaque CLIC en fonction de sa structure support et des textes régissant le dispositif, examen de l'action conduite sur le territoire concerné et du service offert à la population ciblée, mesure de la convergence avec le niveau de labellisation octroyé).

> Réfléchir à l'harmonisation des secteurs géographiques des CLIC avec les découpages territoriaux existants (UTAS, pays, …).

> Elaborer un référentiel départemental harmonisant les conditions de fonctionnement de ces instances en cohérence avec l'action des propres services du Conseil Général.

> Etablir, sur la base de ce référentiel des conventions d'objectifs et de moyens avec chacune des structures habilitées.

Evaluation

> Evolution des territoires d'intervention des CLIC.

> Elaboration du référentiel départemental et signature des conventions d'objectifs.

3.2 Structurer l'intervention gérontologique sur les territoires

La diversité des intervenants sur le terrain rend difficile la lecture du « qui fait quoi » dans le champ gérontologique. Les personnes âgées et leurs familles ont parfois du mal à identifier un dispositif qui reste complexe à appréhender. En Côte-d'Or, il existe déjà des lieux repérés pour répondre aux personnes âgées :

- les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ;
- les Unités Territoriales d'Action sociales et les Espaces Solidarité Famille (futurs Espaces Côte-d'Or, Solidarité et famille), services de proximité du Département, ayant une mission d'accueil et d'orientation pour tous les publics. Pour les personnes âgées en situation de dépendance, ils disposent d'équipes médico-sociales chargées d'établir les évaluations et les plans d'aide dans le cadre de l'APA ;
- les CCAS bien identifiés par les usagers comme lieu d'information et d'intervention de proximité. Celui de Dijon, par convention, assure l'évaluation des plans d'aide en direction des personnes âgées dépendantes relevant de son territoire ;
- la MSA qui évalue, par convention, les plans d'aide en direction des ressortissants du régime agricole ;
- La CRAM qui oriente son action sociale en direction des personnes âgées relavant des GIR 5 et 6 etc.

Objectifs

> Structurer l'action territoriale à partir des CLIC, CCAS et des circonscriptions d'intervention du Conseil Général, en tenant compte des territoires émergents en cours de structuration, afin de simplifier l'accès à l'information, d'améliorer l'accueil et l'orientation des personnes âgées et de constituer un lieu ressources.

> Solliciter la participation des professionnels de santé (hôpitaux locaux, libéraux –infirmières, médecins, …- réseaux de santé) pour renforcer une prise en charge globale des personnes âgées.

Actions prioritaires

> Définir des bassins de vie gérontologiques en cohérence avec les autres sectorisations du territoire (sanitaire, sociale, médico-sociale) et en prenant en compte les besoins des personnes âgées et de leur famille.

> Définir pour chaque territoire les règles de fonctionnement entre les différentes instances et les établissements de santé et les professionnels libéraux.

Evaluation

> Conduire une évaluation qualitative de la satisfaction des usagers par bassin gérontologique

3.3 Renforcer l'information et l'éducation sur le bien veillir, initier des actions de prévention

Promouvoir le bien vieillir et amener les futurs retraités, retraités et personnes âgées et leurs proches à s'approprier davantage leur santé, sont des objectifs importants.

Bien vieillir se prépare tout au long de la vie et il n'y a pas d'âge pour engager des actions de prévention. Il est essentiel de faire entendre cette idée forte au plus grand nombre, d'autant que l'on connaît mieux aujourd'hui les pathologies responsables de la perte d'autonomie et les moyens d'en limiter les effets.

Une étude réalisée par un médecin conseil handicap et dépendance du Conseil Général de la Côte-d'Or[1] a ainsi permis d'identifier les principales pathologies se trouvant à l'origine de la survenue des situations de dépendance. Arrivent en tête, l'arthrose (36,3% des cas), la démence (17,1%), suivie de très près par l'obésité (12,7%). Au vu des résultats de cette étude, il apparaît qu'il serait par conséquent utile de conduire des campagnes d'information et de prévention en direction de ses pathologies (l'obésité est ainsi méconnue de la plupart des intervenants en gérontologie tant tous sont concentrés sur la dénutrition), tant pour en réduire les effets que pour en améliorer la prise en charge quotidienne (à titre d'exemple, l'arthrose, qui est source de nombreuses douleurs, donne encore rarement lieu à la prescription d'antalgiques ou de séances de kinésithérapie).

[1] *Analyse de 281 dossiers de bénéficiaires de l'APA comprenant un certificat médical, examinés en commission technique APA entre février et mars 2003*

Les pathologies responsables de la perte d'autonomie

(la polypathologie est souvent la règle en gériatrie : jusqu'à 3 pathologies ont été retenues par personne, ce qui explique que la somme des pourcentages soit supérieure à 100)

Pathologie	Fréquence en % de sa responsabilité dans la survenue de perte d'autonomie
Arthrose	36,3
Démence	17,1
Obésité	12,7
Insuffisance cardiaque	12,1
Dépression	10,7
Séquelles d'AVC	9,2
Séquelles de fractures	6,8
Syndrome parkinsonien	6,7
Néoplasie	5,0
Déficit visuel	4,6
Artériopathie diabétique	4,6
Pathologies psychiatriques	4,3
Insuffisance respiratoire	3,2
Grand âge	1,8

La prévention recouvre de nombreux domaines : hygiène de vie, accidents de la vie courante, pertes de mémoire, prise de médicaments… L'Etat et le Conseil Général de la Côte-d'Or, en partenariat avec l'ensemble des acteurs de la politique gérontologique et en cohérence avec les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire souhaitent encourager le développement d'actions de prévention.

Objectif

> Promouvoir le bien vieillir.

Actions prioritaires

> Renforcer l'information et la formation de tous les intervenants à domicile ou en établissement.

> Participer à une campagne d'information sur la nécessité d'adopter une démarche de prévention tout au long de la vie.

> Conduire, en priorité, des actions de prévention, sur les thèmes de l'arthrose, de la démence et de l'obésité.

Evaluation

> Bilan des actions de formation et d'information conduites.

> Evolution des statistiques de santé.

3.4 Mettre en place des dispositifs d'alerte permettant une réactivité en période de crise

Suite au drame de la canicule survenu en août 2003, le Préfet et le Président du Conseil Général se sont engagés conjointement et localement dans une mission d'évaluation et d'expertise sur les effets de la canicule sur les personnes âgées. Cette mission a permis de faire un bilan approfondi de la crise et de formuler des recommandations pour tenter de prévenir la répétition des graves conséquences humaines entraînées par les épisodes de canicule. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, est venue par la suite prévoir :

- la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte au profit des personnes âgées et des personnes handicapées, vivant à domicile (« Plan Vermeil »)

- l'élaboration d'un « Plan Bleu » qui fixe le mode général d'organisation de chaque établissement d'hébergement collectif pour les personnes âgées en cas de crise et de déclenchement du dispositif d'alerte par le Préfet.

Objectif

> Mettre en place des dispositifs d'alerte permettant une réactivité en période de crise.

Actions prioritaires

En alerte de niveau 1 (vigilance) :

- mettre en place un système de surveillance et d'alerte à partir du maillage du territoire réalisé par les personnels médicaux, sociaux et médico-sociaux ; contribuer au repérage des personnes fragiles ; relayer les messages et les recommandations ;
- recenser les structures relevant de la compétence du Conseil général qui disposent de pièces rafraîchies ou climatisées pour transmission à la DDASS ;
- élaborer un guide de procédures de gestion de crise pour les services du Conseil Général et les structures qui relèvent de sa compétence.

En alerte de niveau 2 (mobilisation des services sanitaires et sociaux) :

- renforcer le système de surveillance et d'alerte ;
- relayer les recommandations préventives et curatives par le biais des personnels du Conseil Général ;
- mobiliser les services présents au plus près de la population.

En alerte de niveau 3 et 4 (mise en œuvre des mesures sanitaires et sociales et gestion de crise) :

- mobiliser les services ;
- relayer les recommandations préventives et curatives et des préconisations techniques prévues pour les structures dont le Conseil général a la charge et vérifier leur application.

Evaluation

> Analyse des différents indicateurs collectés (biométéorologiques, environnementaux, sanitaires de mortalité et de morbidité, de recours aux soins…).

3.5 Améliorer les relations « ville-hôpital »

L'hospitalisation des personnes âgées est toujours un sujet délicat dont les répercussions sont parfois décisives pour le choix de vie ultérieure des personnes. Il apparaît que dans de nombreux cas, leur admission à l'hôpital, leur transfert vers une autre unité de soins et leur retour à domicile ne sont pas réellement préparés (retards ou absence de documents transmis, médecin traitant prévenu tardivement du retour du patient, patients transférés sans dossier médical …).

Il est nécessaire de surcroît d'améliorer les liens entre les services hospitaliers et les intervenants à domicile, les professionnels de santé libéraux et les personnels des SSIAD et des services d'aide. Cette évolution pourrait limiter les hospitalisations inutiles et contribuer à assurer une prise en charge coordonnée des personnes âgées.

Objectif

> Améliorer les relations « ville-hôpital ».

Actions prioritaires

> Constituer un groupe de travail composé de personnels hospitaliers, de travailleurs sociaux, d'intervenants à domicile, de professionnels libéraux, d'animateurs de CLIC, de la CRAM, chargé :

- de l'élaboration et de la diffusion d'un protocole pour préparer les admissions et les retours à domicile, après une hospitalisation ;

- de la construction d'un programme d'actions visant à faciliter les échanges entre l'hôpital et les intervenants à domicile (formations communes, développement de réseaux de soins, développement des réseaux de soins à domicile à partir des établissements hospitaliers, création dans ce cadre de postes mixtes hospitaliers/intervenants à domicile).

Evaluation

> Elaboration du protocole d'admission à partir du domicile, du protocole de sortie et diffusion de ces protocoles.

> Evaluation de leur utilisation par territoire.

> Nombre de formations communes organisées.

> Nombre de postes mixtes créés.

Etat
des lieux

1

Les personnes âgées en Côte-d'Or : une réalité contrastée

Le troisième schéma gérontologique de la Côte-d'Or s'est construit alors que se confirme la régulière et significative évolution de la démographie française : le groupe des personnes âgées est de plus en plus important au sein de la population.

D'ici 2010, selon la dernière mise à jour réalisée en 2004 par l'INSEE, la Côte-d'Or compterait ainsi plus de 127 000 personnes de plus de 60 ans (soit 23 000 de plus qu'à l'heure actuelle et qui représenteraient plus de 24 % de la population totale), dont 9 000 à 10 000 seraient en situation de dépendance. La Bourgogne compterait quant à elle plus de 460 000 personnes de plus de 60 ans, ce qui représenterait 28 % de sa population.

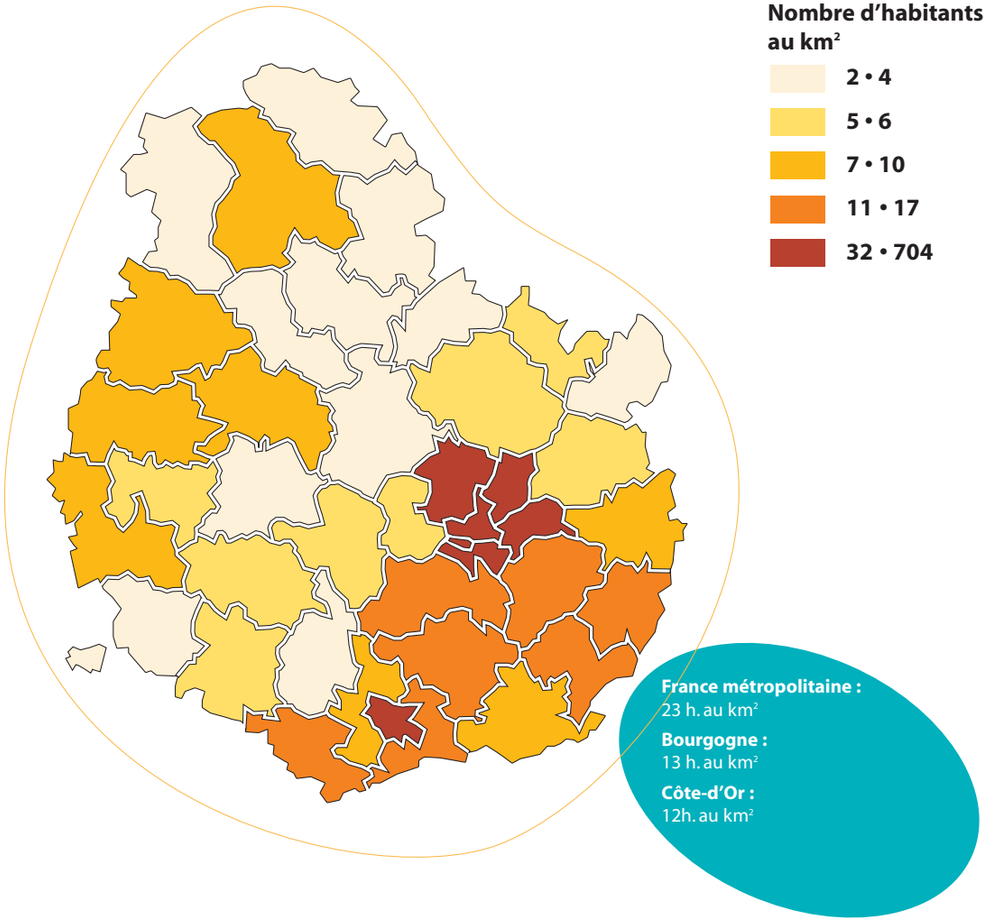
L'ampleur de cette évolution démographique ne doit pas pour autant enfermer les acteurs des politiques gérontologiques dans des logiques comptables et institutionnelles. Bien au contraire, elle doit contribuer à les leur faire dépasser afin d'améliorer significativement les conditions de vie des personnes âgées.

1.1 Données et perspectives démographiques

A - Une répartition inégale des personnes âgées sur le territoire

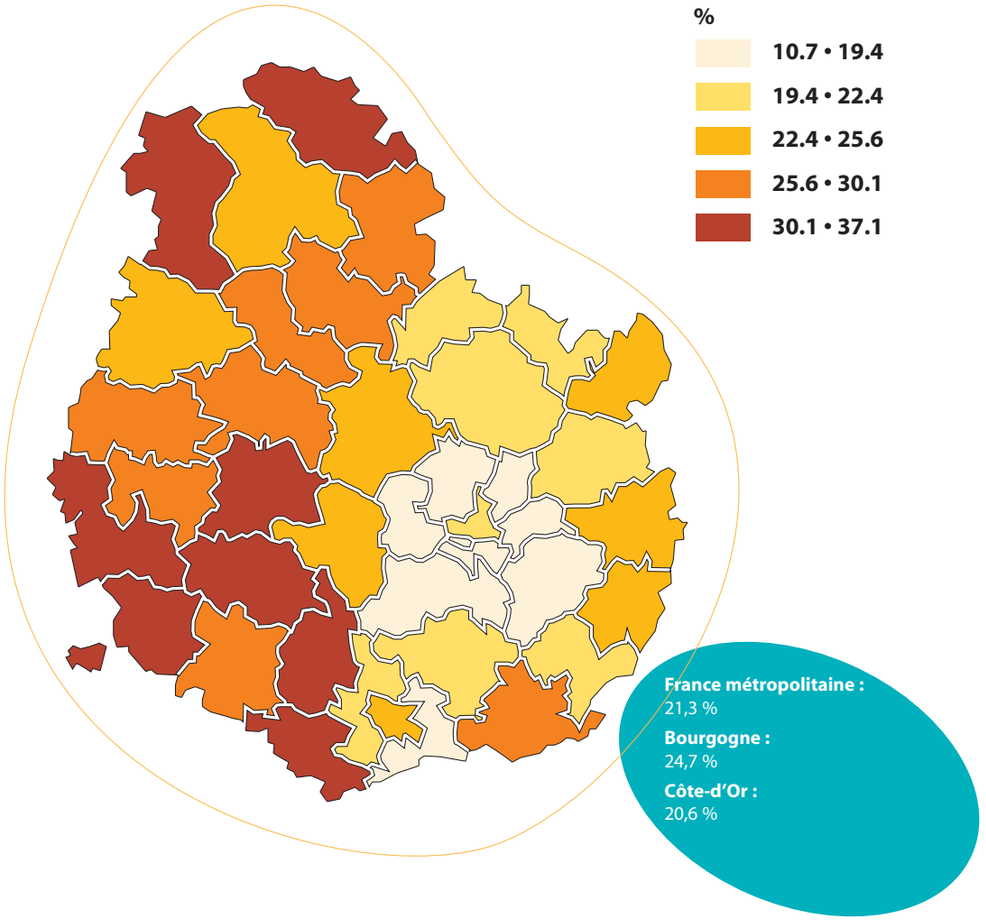
La densité de personnes de plus de 60 ans est plus importante dans les zones les plus peuplées (agglomération de Dijon et cantons environnants à l'exception de ceux situés immédiatement à l'Est, ville de Beaune) et plus généralement dans le quart sud-est du département.

En sus de ces espaces, on compte plus de 2 000 personnes de 60 ans et plus dans les cantons de Châtillon-sur-Seine, Montbard, Semur-en-Auxois, et Venarey-Les Laumes.



Des personnes âgées proportionnellement plus nombreuses en milieu rural

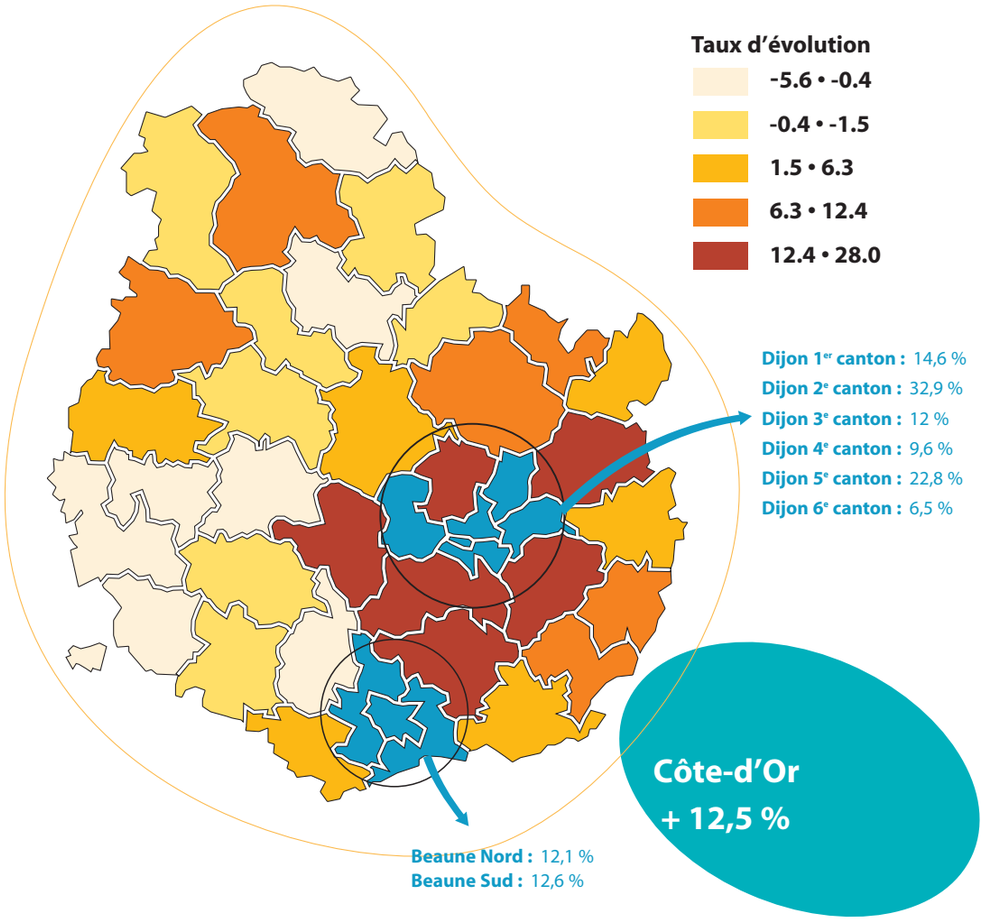
À l'inverse des effectifs et des densités, les proportions de personnes âgées de 60 ans et plus sont plus importantes dans les cantons les moins peuplés (Baigneux-les-Juifs, Laignes, Montigny-sur-Aube, Liernais, Saulieu, Vitteaux).



Un vieillissement plus accentué sur l'axe Is-sur-Tille/Beaune à l'horizon 2010

La population des 60 ans et plus devrait connaître une forte progression sur l'axe Is-sur-Tille Beaune et tout spécialement dans l'ensemble de l'aire urbaine de Dijon. Cette augmentation concernera également dans une moindre proportion les cantons de Châtillon-sur-Seine, Montbard et Semur.

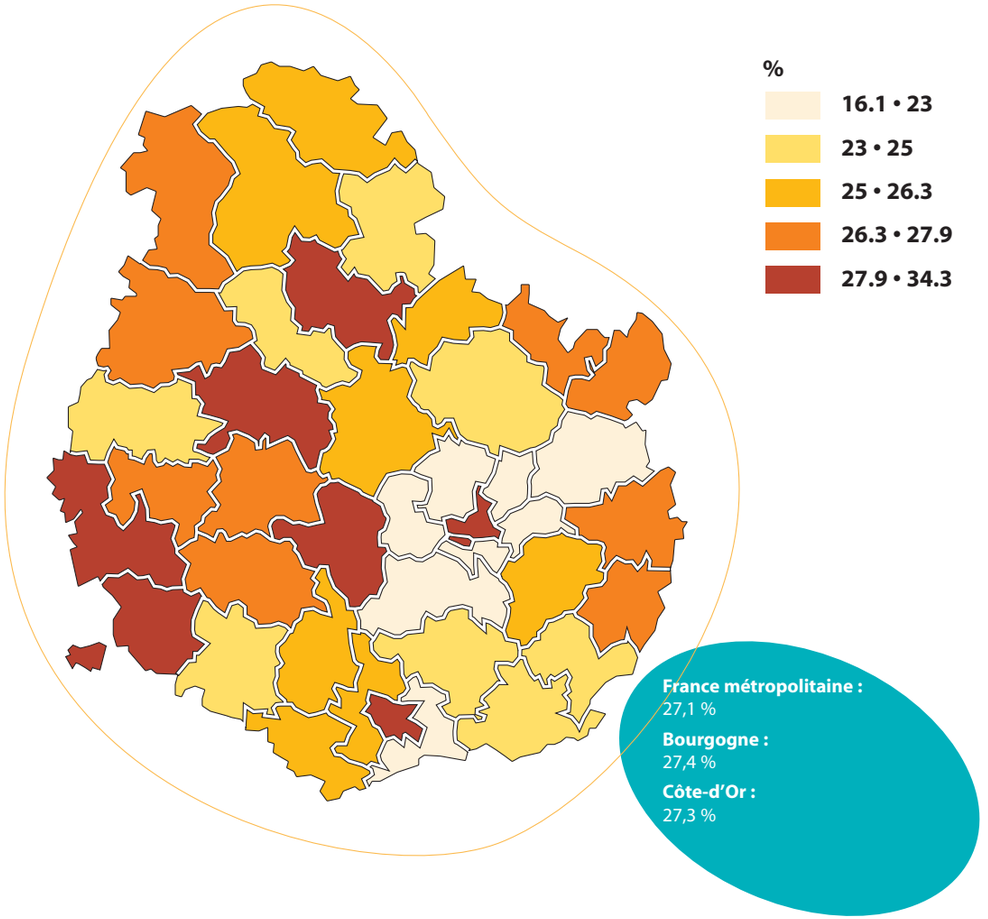
A l'inverse, dans le sud-ouest du département ainsi que dans les cantons d'Aignay-le-Duc et Montigny-sur-Aube, la population de 60 ans et plus devrait diminuer.


Taux d'évolution
-5.6 • -0.4
-0.4 • -1.5
1.5 • 6.3
6.3 • 12.4
12.4 • 28.0
Dijon 1er canton : 14,6 %
Dijon 2e canton : 32,9 %
Dijon 3e canton : 12 %
Dijon 4e canton : 9,6 %
Dijon 5e canton : 22,8 %
Dijon 6e canton : 6,5 %
Beaune Nord : 12,1 %
Beaune Sud : 12,6 %
Côte-d'Or
+ 12,5 %

B - L'impact des conditions de vie et d'habitat

Vivre seul : un phénomène qui s'intensifie en milieu urbain et dans les territoires les plus ruraux

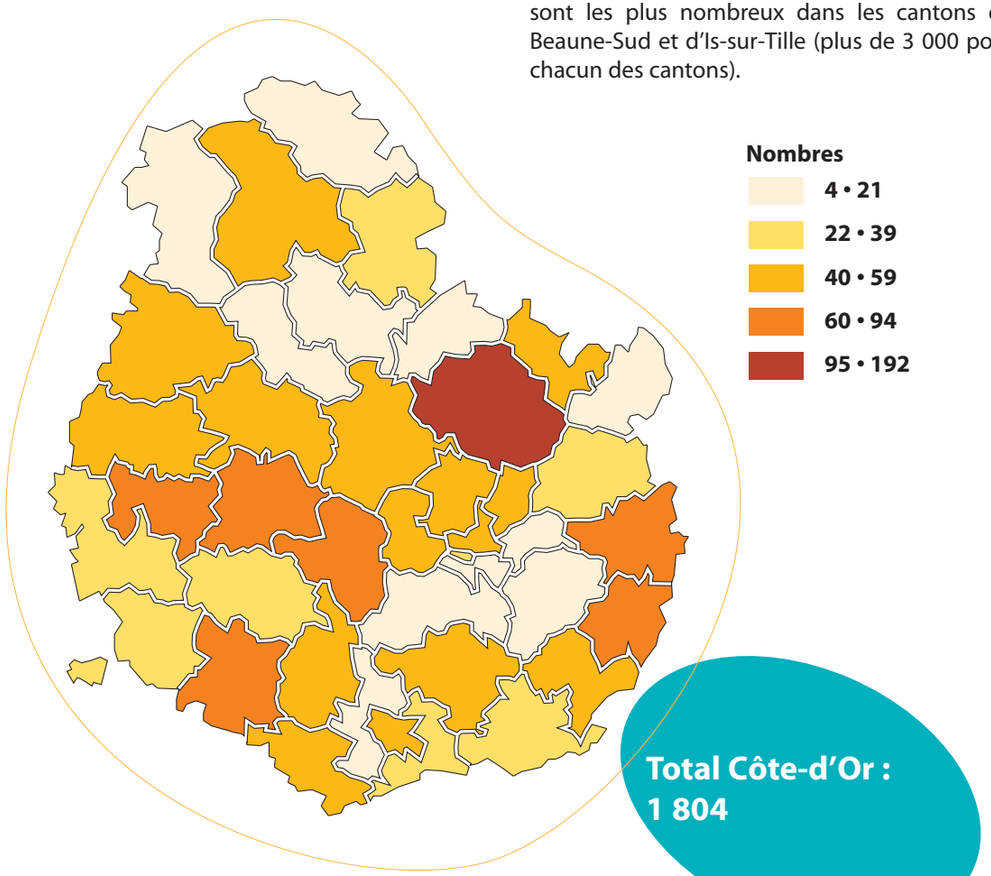
Comme dans l'ensemble des départements français, un peu plus du quart des habitants de 60 ans ou plus de Côte-d'Or vivent seuls. D'une manière générale, le mode de vie isolé est plus fréquent en milieu urbain. Les proportions les plus importantes (de 28 % à 34 %) sont trouvées dans les principales villes, mais aussi dans des cantons ruraux comme ceux de Liernais, Saulieu, Sombernon, Venarey-Les Laumes, Aignay-le-Duc.



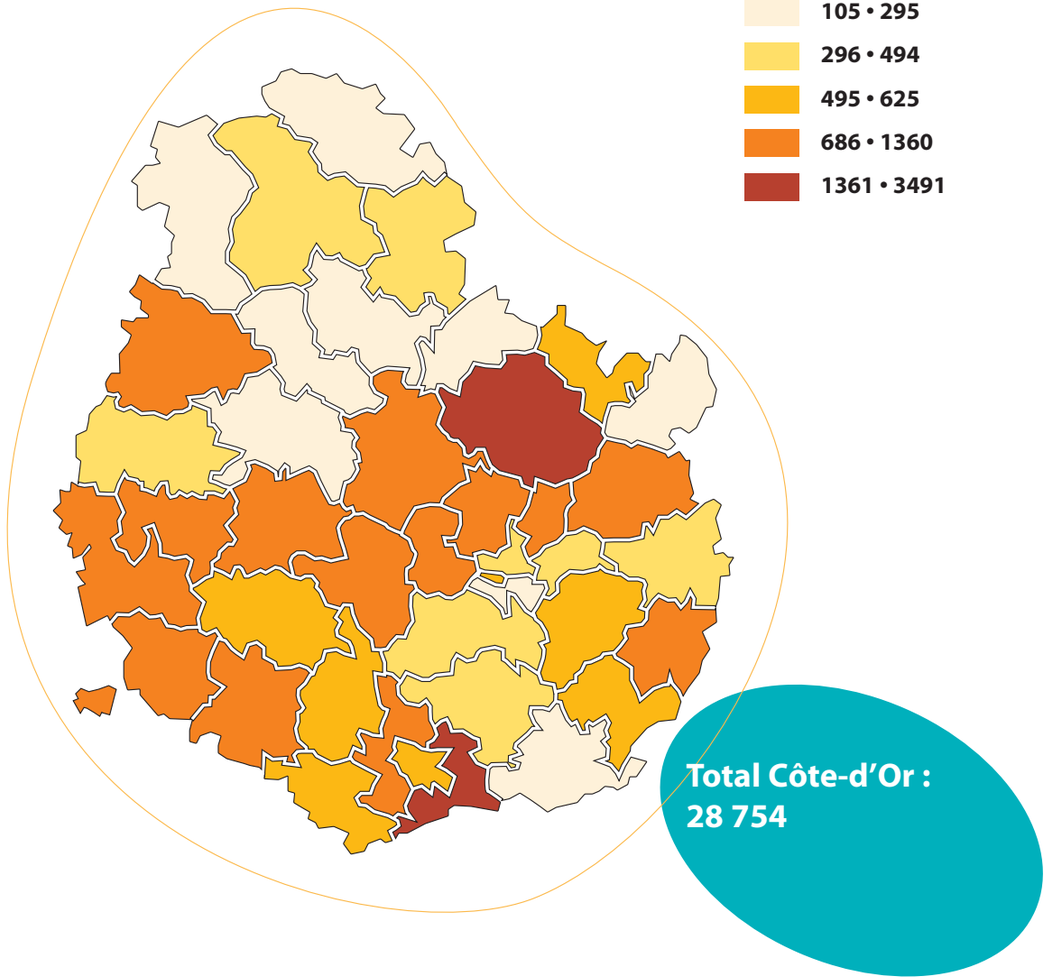
Des logements globalement plus confortables mais qui restent majoritairement inadaptés à la survenue de la dépendance

Les logements sans confort sont devenus de plus en plus rares avec les années (1 800 sur un total de 67 000). Ils ne représentent plus que 2,7 % des résidences principales dont la personne de référence a 60 ans ou plus. Ils sont concentrés dans le canton d'Is-sur-Tille (près de 200), et de Vitteaux (près de 100).

On compte cependant toujours près de 29 000 logements sans chauffage central (rendant nécessaire, quand survient une situation de dépendance, l'intervention quotidienne d'un tiers au domicile pour assurer la mise en route et/ou l'alimentation du chauffage) occupés par une ou plusieurs personnes de plus de 60 ans. Ils sont les plus nombreux dans les cantons de Beaune-Sud et d'Is-sur-Tille (plus de 3 000 pour chacun des cantons).



Total Côte-d'Or : 1 804

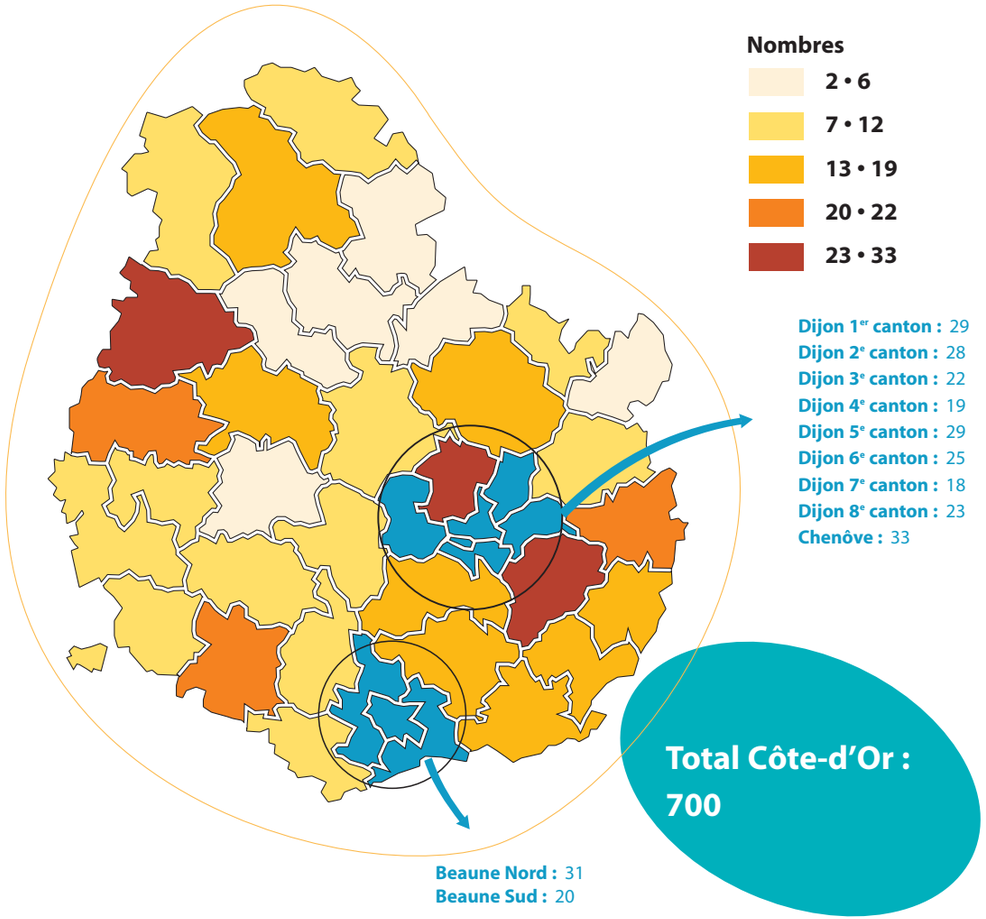


Total Côte-d'Or : 28 754

1.2 Une progression importante des situations de dépendance dans les années à venir

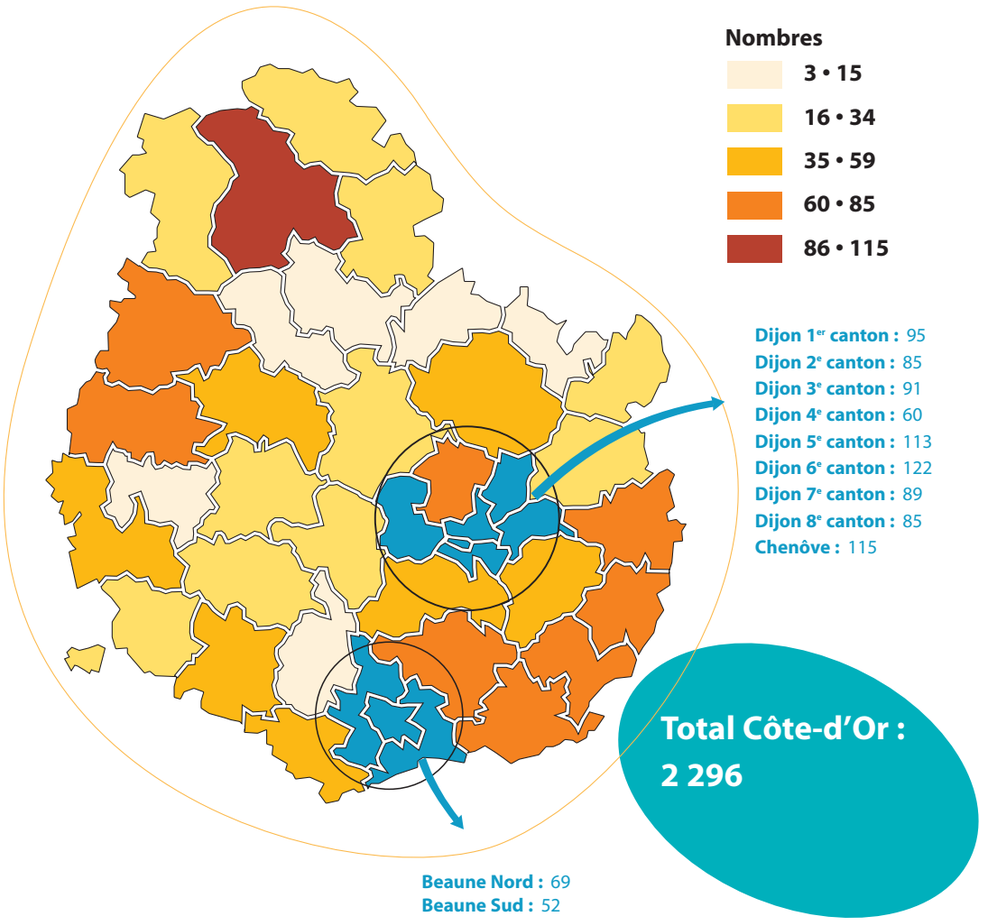
Près d'un quart des bénéficiaires de l'APA à domicile sont dans une situation de dépendance lourde

Fin 2003, le département de la Côte-d'Or comptait 3 000 bénéficiaires de l'APA à domicile.
700 d'entre eux présentaient une dépendance importante (GIR 1 et 2), ce qui représente moins de 1 % de la population de 60 ans et plus du département.



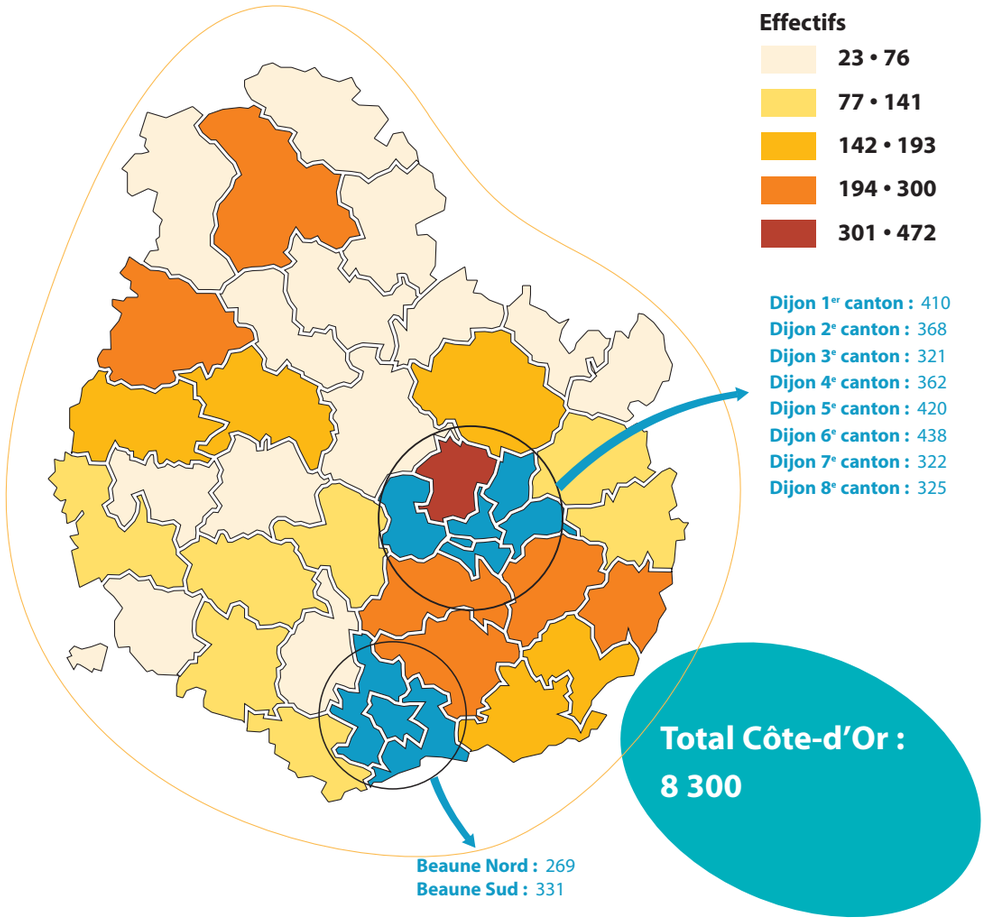
Ces personnes sont les plus nombreuses dans les cantons de l'agglomération dijonnaise, de Beaune et de Montbard.
Au même moment, la Côte-d'Or comptait 2 300 bénéficiaires de l'APA à domicile présentant une dépendance moyenne (GIR 3 et 4). Ces personnes étaient les plus nombreuses dans les villes les plus peuplées du département mais aussi dans le canton de Châtillon-sur-Seine (100), Montbard (75), Semur-en-Auxois (60) et dans les cantons du sud est du département (plus de 60).

A noter que la proportion de personnes présentant une dépendance moyenne ou forte varie de façon très sensible selon les cantons (de 1 à 4 pour les GIR 3 et 4 et de 1 à 3 pour les GIR 1 et 2).


Nombres
3 • 15
16 • 34
35 • 59
60 • 85
86 • 115
Dijon 1er canton : 95
Dijon 2e canton : 85
Dijon 3e canton : 91
Dijon 4e canton : 60
Dijon 5e canton : 113
Dijon 6e canton : 122
Dijon 7e canton : 89
Dijon 8e canton : 85
Chenôve : 115
Beaune Nord : 69
Beaune Sud : 52
Total Côte-d'Or : 2 296

Plus de 8 300 personnes seraient dans une situation de dépendance moyenne ou forte à l'horizon 2010…

Selon des projections du service statistique de la DRASS, la Côte-d'Or compterait en 2010 plus de 8 300 personnes présentant une dépendance moyenne (GIR 3-4) ou forte (GIR 1 2). Compte tenu de la structure de la population et de son évolution récente, ces personnes de plus de 65 ans seraient plus nombreuses dans le quart sud-est du département, mais aussi à Châtillon-sur-Seine, Montbard, Semur-en-Auxois et Venarey-Les Laumes.


Effectifs
23 • 76
77 • 141
142 • 193
194 • 300
301 • 472
Dijon 1er canton : 410
Dijon 2e canton : 368
Dijon 3e canton : 321
Dijon 4e canton : 362
Dijon 5e canton : 420
Dijon 6e canton : 438
Dijon 7e canton : 322
Dijon 8e canton : 325
Beaune Nord : 269
Beaune Sud : 331
Total Côte-d'Or : 8 300

… estimation qu'il conviendra certainement de revoir à la hausse : la progression des démences

Ces projections ne tiennent en effet que très peu compte des démences, qui sont à l'heure actuelle largement sous-estimées.

Une étude postérieure aux projections de population, réalisée par la DRASS en octobre 2004, fait ainsi état de 7 600 personnes souffrant de démence en Côte-d'Or dont seulement 480 bénéficient de l'APA… Une analyse conduite par les équipes médico-sociales du Conseil Général sur 281 dossiers de bénéficiaires de l'APA, examinés en commission technique entre février et mars 2003, a mis en évidence, quant à elle, le poids de cette pathologie dans la survenue de la dépendance : elle est responsable de 17,1 % des cas de perte d'autonomie (sachant que la grille AGGIR n'est pas un bon outil pour évaluer la dépendance liée aux démences débutantes[2]) !

De plus, eu égard à la forte prévalence existant entre l'avancée en âge et la survenue de cette pathologie (à titre d'exemple, ce sont 53 % des femmes âgées de plus de 90 ans qui sont concernées), cette dernière ne pourra que croître dans les années à venir.

Prévalence de la démence selon l'âge et le sexe (nombre de personnes atteintes dans une population)

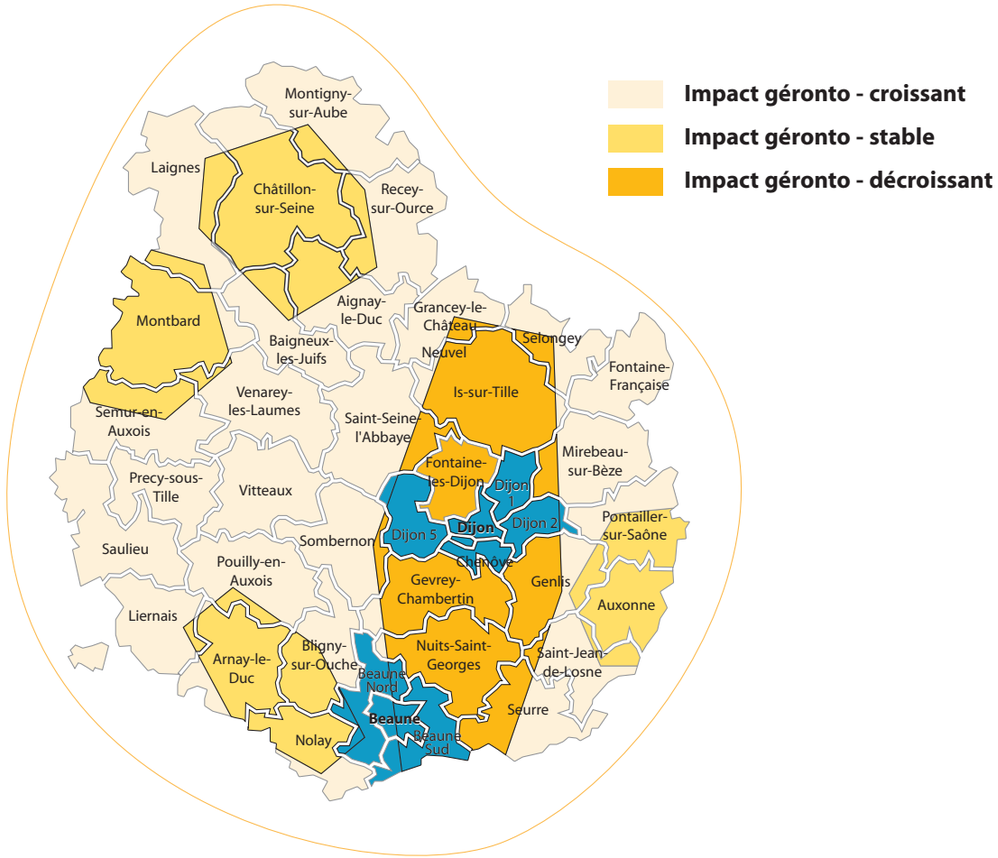
	Hommes	Femmes	Ensemble
De 75 à 79 ans	8 %	6 %	7 %
De 80 à 84 ans	13 %	17 %	15 %
De 85 à 89 ans	23 %	30 %	28 %
De 90 ans et plus	27 %	53 %	47 %

Résultat de la cohorte PAQUID

Enfin, l'observation de l'évolution des demandes d'APA depuis décembre 2003 révèle une augmentation supérieure à celle estimée à la même période par la DRASS. Déjà 7 600 personnes présentent une situation de dépendance moyenne ou forte sur le département. Ce seront donc plus probablement 9 000 à 10 000 personnes qui se trouveront dans une situation de dépendance à l'horizon 2010.

[2]Coder B en cohérence et en orientation classe la personne en GIR 6 ; le GIR 4 n'est pas atteint tant que l'altération des fonctions cognitives n'a pas de retentissement sur au moins deux autres variables

Conclusion : des réponses de proximité pour prendre en compte les trois profils dominants des 43 cantons de Côte-d'Or



Trois profils dominants se dessinent à l'analyse de l'ensemble des données statistiques (les limites de ces trois zones ne sont bien sûr qu'indicatives et ne doivent pas être entendues de manière stricte). Un traitement égalitaire de l'ensemble du territoire n'apparaît donc pas comme étant « la » solution. Chacune des zones identifiées nécessitera un traitement spécifique :

- les 15 cantons de l'axe Is-sur-Tille/Beaune connaîtront une augmentation importante du nombre d'anciens. Des moyens importants devront être engagés sur ces territoires afin de faire face aux besoins ;
- 6 cantons (Arnay-le-Duc, Auxonne, Châtillon-sur-Seine, Nolay, Montbard, Semur-en-Auxois) caractérisés par une relative stabilité du nombre de personnes âgées où seuls des ajustements de faible ampleur seront à envisager ;
- les 22 autres cantons, en dépit de la diminution du nombre de personnes âgées, nécessiteront l'utilisation de moyens relativement conséquents en raison notamment des problèmes d'isolement.

A noter bien entendu qu'au-delà de ces statistiques, par définition globalisantes, l'Etat et le Conseil Général ont pleinement conscience que c'est à une juxtaposition de situations individuelles qu'ils devront faire face.

2

L'offre existante

2.1 L'accompagnement à domicile

A - Les services d'aide à domicile

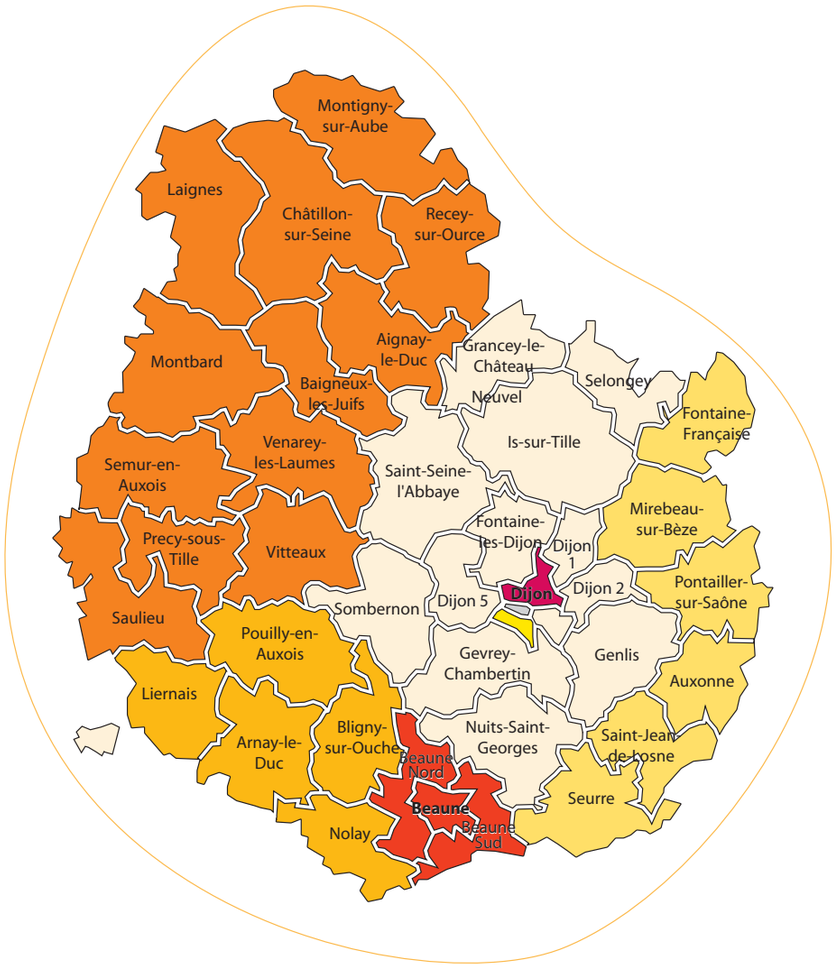
Les associations et entreprises qui interviennent au domicile des personnes âgées de plus de 70 ans et/ou dépendantes doivent recevoir un agrément qualité délivré par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de la Côte-d'Or.
Au 1er septembre 2005, elles étaient au nombre de quatre.

Identification de la structure	Adresse	Type d'intervention	Champ géographique d'intervention
ADMR	Fédération départementale Parc des Grands Crus 60L, avenue du 14 juillet BP 87 - 21302 CHENOVE Tél : 03 80 51 47 51 Fax : 03 80 51 04 02	Prestataire Mandataire	Département de la Côte-d'Or
FEDOSAD	26, bd Alexandre 1er de Yougoslavie 21000 DIJON Tél : 03 80 73 92 92 Fax : 03 80 70 11 05	Prestataire Mandataire	Agglomération et commune dijonnaises
Mutualité Française de la Côte-d'Or	Service d'aide à domicile 16, bd de Sévigné BP 649 - 21017 DIJON Cedex Tél : 03 80 76 86 26 Fax : 03 80 42 18 94	Prestataire Mandataire	Département de la Côte-d'Or
Age d'Or Services	Hameau La Cour 21130 AUXONNE Tél : 03 80 37 43 43	Prestataire	Zone de 20 km autour d'Auxonne

B - Les services de soins à domicile (au 1er septembre 2005)

Identification de la structure	Adresse	Nombre de places autorisées	Nombre de places financées
Mutualité Française de la Côte-d'Or	8, 9 et 16 Bd de Sévigné BP 649 21017 DIJON CEDEX BP 87 - 21302 CHENOVE Tél : 03.80.59.63.30 Fax : 03.80.42.18.93	442	410
FEDOSAD	26, bd Alexandre 1er de Yougoslavie de Yougoslavie 21000 DIJON Tél : 03 80 73 92 96 Fax : 03 80 70 11 05	123	123
ADMR	Parc des Grands Crus 601, avenue du 14 Juillet BP 87 - 21302 CHENOVE Tél : 03.80.51.47.51 Fax : 03.80.51.04.02	82	70
SSIAD pour personnes âgées	89, avenue du Lac 21000 DIJON Tél : 03.80.41.66.66 Fax : 03.80.59.16.13	55	47
SSAD Hôpital d'Alise-Sainte-Reine	Rue Auguste Carré BP 80 - 21506 MONTBARD Cédex Tél : 03.80.89.77.77 Fax : 03.80.89.77.99	15	12
SSAD Hôpital d'Arnay-le-Duc	Rue des Capucins 21130 ARNAY-LE-DUC Tél : 03.80.90.28.00 Fax : 03.80.90.28.10	10	10
SSAD Hôpital de Nolay	Route de Cirey 21340 NOLAY Tél : 03.80.21.70.64 Fax : 03.80.21.71.46	20	12
SSAD Hôpital de Nuits-St-Georges	55, rue Henri Challand 21700 NUITS SAINT GEORGES Tél : 03.80.62.67.00 Fax : 03.80.62.67.01	20	20
SSAD Hôpital de Saulieu	8 rue Courtepée 21210 SAULIEU Tél : 03.80.90.55.05	25	25
SIVU Châtillonnais Montagne	Rue Saint Antoine 21450 SAINT MARC SUR SEINE Tél : 03.80.93.26.78	20	10
SSAD Hôpital d'Is-sur-Tille	21120 IS-SUR-TILLE Tél : 03.80.95.62.62	20	10
SSAD Hôpital de Vitteaux	21350 VITTEAUX Tél : 03.80.33.91.91	12	2

C - Les CLIC



Identification de la structure	Adresse	Zone d'intervention
CLIC de Dijon	CCAS de la Ville de Dijon 14B, rue du Chapeau Rouge 21000 DIJON Tél : 03.80.58.98.28	Ville de Dijon
CLIC de Chenôve	CCAS de la ville de Chenôve 33, rue Armand Thibault 21300 CHENOVE Tél : 03.80.51.55.54	Ville de Chenôve
CLIC du Sud Côte-d'Or	Maison de retraite Jeanne Pierrette Carnot 6, rue du Docteur Lavirotte 21340 NOLAY Tél : 03.80.21.75.15	Liernais, Pouilly, Arnay, Bligny, Nolay
CLIC de Haute Côte-d'Or	Réseau gérontologique de Haute Côte-d'Or Rue Auguste Carré - BP 80 21506 MONTBARD cedex Tél : 03.80.89.72.58	Saulieu, Précy, Vitteaux, Semur, Venarey, Baigneux, Aignay, Montbard, Recey, Châtillon, Laignes, Montigny
CLIC du CCAS de Beaune	Mairie de Beaune BP 91 - 21206 BEAUNE cedex Tél : 03.80.24.56.68	Beaune
CLIC de la Mutualité Française Côte-d'Or	2, rue du Tamisot 21200 GEVREY-CHAMBERTIN	Nuits-Saint-Georges, Genlis, Chenôve, Sombernon, Dijon 1, 2 et 5, Fontaine-les-Dijon, Saint-Seine-l'Abbaye, Is-sur-Tille, Grancey, Selongey
CLIC du Val de Saône	Place d'Armes 21170 SAINT-JEAN-DE-LOSNE Tél : 03.80.29.17.31	Seurre, Saint-Jean-de-Losne, Auxonne, Pontailler, Mirebeau Mirebeau, Fontaine Française

2.2 L'accueil en établissement

Pays de l'Auxois-Morvan Côte-d'Orien

Etablissement	Type d'établis.	Lits permanents	Accueil de jour	Héb. Temporaire	Capacité totale
Hôpital Local 2, rue des Capucines 21230 ARNAY-LE-DUC	Hôpitaux	110			110
Les Marronniers Place Martin Dosse 21430 LIERNAIS	Hébergement temporaire			18	18
CHIC Châtillon Montbard BP 80 21506 MONTBARD Cedex	Hôpitaux	117	4	3	124
MR Saint-Sauveur Village 21500 MOUTIERS-ST-JEAN	Maison de Retraite	46			46
Les Myosotis Rue de la Messe 21320 POUILLY-EN-AUXOIS	Foyer Logement	60			60
Les Arcades Rue du Général de Gaulle 21320 POUILLY-EN-AUXOIS	Maison de Retraite	65			65
MR Précy sous Thil Rue de l'Eglise 21390 PRECY-SOUS-THIL	Maison de Retraite	50			50
Le Beau Meunier 16, rue de Libard 21210 SAULIEU	Foyer Logement	66			66
Saint-Didier Rue Moisson 21530 ROUVRAY	Foyer Logement	23			23
Centre Hospitalier Le Morvan 2, rue Courtépée 21210 SAULIEU	Hôpitaux	91			91
Centre Hospitalier Robert Morlevat 3, avenue Pasteur 21140 SEMUR-EN-AUXOIS	Hôpitaux	235			235
La Tuilerie 9, rue de la Gare 21460 EPOISSES	Maison de Retraite	20			20
Les Perce Neige Rue Gué 21540 SOMBERNON	Foyer Logement	63		1	64
Les Jardins d'Alice Rue de la Combe de Fain 21370 VELARS-SUR-OUCHE	Privé Lucratif	42	5	1	48
Hôpital Local Chemin des Bains - BP 9 21150 ALISE-SAINTE-REINE	Hôpitaux	205	2	2	209
Hôpital Local Rue Guéniot 21350 VITTEAUX	Hôpitaux	168			168
Total places Pays de l'Auxois-Morvan Côte-d'Orien		**1 361**	**11**	**25**	**1 397**

Pays Beaunois

Etablissement	Type d'établis.	Lits permanents	Accueil de jour	Héb. Temporaire	Capacité totale
Centre Hospitalier Philippe Le Bon Avenue Guigone de Salins BP 104 21203 BEAUNE Cedex	Hôpitaux	256	4	4	264
Santé et Bien-être 7, rue des Tonneliers 21200 BEAUNE	Maison de Retraite	69			69
Les Feuilles d'Or 10, place de la République 21190 MEURSAULT	Privé Lucratif	19			19
Les Bruyères Rue Chaffotte 21200 BEAUNE	Privé Lucratif	80			80
Domicile protégé ADMR Marey Monge Rue Marey Monge 21630 POMMARD	Appartement Protégé	5		1	5
Les Primevères Route de Gigny 21200 BEAUNE	Foyer Logement	85			85
Les Ophéliades 3, allée Maryse Bastié 21200 BEAUNE	Privé Lucratif	80	3	4	87
Auguste Arvier 9, route de Dijon 21360 BLIGNY-SUR-OUCHE	Maison de Retraite	52			52
Jeanne-Pierrette Carno 6, rue du Docteur Lavirotte 21340 NOLAY	Maison de Retraite	89			89
Les Verdaines 30, avenue des Sources 21590 SANTENAY-LES-BAINS	Privé Lucratif	61		19	80
Les Opalines 7, avenue Sources 21590 SANTENAY	Privé Lucratif	75			75
Jules Sauvageot 2, rue Jean Moulin 21700 NUITS-SAINT-GEORGES	Foyer Logement	66		2	68
Hôpital Local 6, rue Henri Challand BP 89 21700 NUITS-SAINT-GEORGES	Hôpitaux	124			124
La Saône 1, place d'Armes 21170 SAINT-JEAN-DE-LOSNE	Maison de Retraite	132			132
Hôpital Local Ernest Noël 14, rue Fg Saint-Georges 21250 SEURRE	Hôpitaux	131			131
Cordelier Route de Chivres 21820 LABERGEMENT -LES-SEURRE	Maison de Retraite	49			49
Total places Pays Beaunois		**1 373**	**7**	**30**	**1 410**

Pays Châtillonnais

Etablissement	Type d'établis.	Lits permanents	Accueil de jour	Héb. Temporaire	Capacité totale
Les Tilleuls Rue des Tilleuls 21450 BAIGNEUX-LES-JUIFS	Foyer Logement	19			19
CHIC Chatillon-Montbard BP 111 21402 CHATILLON-SUR-SEINE	Hôpitaux	137	4	3	144
La Maison de Thérèse Voie d'Avril 21400 AISEY-SUR-SEINE	Maison de Retraite	17	1	2	20
La Charme Promenade de la Charme 21400 CHATILLON-SUR-SEINE	Maison de Retraite	64			64
Petites Sœurs des Pauvres Le Château - Rue Moulin 21400 POTHIERES	Privé Lucratif			19	
MR Laignes Village 21330 LAIGNES	Maison de Retraite	55			55
L'Aube d'Or Vieille route de Dijon 21520 MONTIGNY-SUR-AUBE	Maison de Retraite	19			19
Lacordaire Rue Lacordaire 21290 RECEY-SUR-OURCE	Maison de Retraite	16			16
Total places Pays Châtillonnais		**327**	**5**	**24**	**356**

Pays Plaine de Saône - Vingeanne

Etablissement	Type d'établis.	Lits permanents	Accueil de jour	Héb. Temporaire	Capacité totale
Le Val de Saône Rue Mignotte 21130 AUXONNE	Foyer Logement	68			68
Hôpital Local d'Auxonne 5 rue Colonel Denfert 21130 AUXONNE	Hôpitaux	190			190
V et F Moussier 3, rue du Centre 21130 ATHEE	Maison de Retraite	97			97
MAPA Fontaine Francaise Rue des Murots 21610 FONTAINE-FRANCAISE	Maison de Retraite	20			20
Fontaine aux Roses Route de Dijon 21310 MIREBEAU-SUR-BEZE	Maison de Retraite	78			78
Les Jardins d'Asclépios Rue de Sports - Combe Jaye 21310 BELLENEUVE	Privé Lucratif	52			52
Total places Pays Plaine de Saône - Vingeanne		**505**	**0**	**0**	**505**

Territoire SCOT Dijonnais

Etablissement	Type d'établis.	Lits permanents	Accueil de jour	Héb. Temporaire	Capacité totale
George Sand 14, rue Georges Sand 21300 CHENOVE	Foyer Logement	77			77
Marcel Jacquelinet 65, route de Dijon 21600 LONGVIC	Maison de Retraite	63			63
La Combe Saint-Victor Rue Combe aux Métiers 21800 NEUILLY-LES-DIJON	Privé Lucratif	68			68
Les Marronniers 3, rue du Lycée 21000 DIJON	Accueil de Jour		15		15
Bois Jolis 53 A, rue du Fg Raines 21000 DIJON	Accueil de Jour		7		7
Sully 23 H, rue Recteur Marcel Bouchard 21000 DIJON	Appartement Protégé	4			4
De Guise 2, montée de Guise 21000 DIJON	Appartement Protégé	4			4
Jean-Jaurès 33 B, avenue Jean Jaurès 21000 DIJON	Appartement Protégé	4			4
Les Poussots 6 A, rue Ernest Champeaux 21000 DIJON	Appartement Protégé	4			4
Schumann 42, rue de Lentillères 21000 DIJON	Appartement Protégé	5			5
Castelnau 18 C, rue Castelnau 21000 DIJON	Appartement Protégé	5			5

(suite) Territoire SCOT Dijonnais

Etablissement	Type d'établis.	Lits permanents	Accueil de jour	Héb. Temporaire	Capacité totale
Les Bégonias 44, bd de l'Université 21000 DIJON	Foyer Logement	90			90
Les Marguerites 2, rue des Varennes 21000 DIJON	Foyer Logement	76			76
Les Tulipes 33, rue du Tire-Pesseau 21000 DIJON	Foyer Logement	73		4	77
Le Port du Canal 40, rue des Trois Forgerons 21000 DIJON	Foyer Logement	80		4	84
Saint François 26, rue Saunaise 21000 DIJON	Foyer Logement	55			55
CHRU 1, boulevard Jeanne d'Arc BP 77908 21079 DIJON Cedex	Hôpitaux	280	6		286
CHARTREUSE 1, boulevard Chanoine Kir BP 1514 21033 DIJON Cedex	Hôpitaux	75			75
Les Tonnelles 19, rue de Meursault 21800 CHEVIGNY-ST-SAUVEUR	Maison de Retraite	68			68
Le Clergé 9 bis, boulevard Voltaire 21000 DIJON	Maison de Retraite	24			24
Saint-Philibert 40, rue Condorcet 21000 DIJON	Maison de Retraite	100			100
Le Cromois 2, avenue du Parc 21800 QUETIGNY	Privé Lucratif	62		3	65

(suite) Territoire SCOT Dijonnais

Etablissement	Type d'établis.	Lits permanents	Accueil de jour	Héb. Temporaire	Capacité totale
Le Val Sully 4, rue Jean Sans Peur 21850 SAINT-APOLLINAIRE	Maison de Retraite	20	1		21
MAPAM de la S.D.A.T. 5 bis, rue de la Manutention 21000 DIJON	Maison de Retraite	30			30
Notre Dame de la Visitation 6, rue Crébillon 21000 DIJON	Maison de Retraite	55			55
La Providence 101, rue de Talant 21000 DIJON	Privé Lucratif	86			86
Le Doyenné des Grands Crus 46, boulevard Henri Bazin 21000 DIJON	Privé Lucratif	91	4	5	100
Ma Maison 35, boulevard de Strasbourg 21000 DIJON	Privé Lucratif	78			78
Les Hortensias 16, rue Saint Vincent de Paul 21000 DIJON	Privé Lucratif	80		6	86
L' Espérance 24, rue de Gray 21000 DIJON	Privé Lucratif	85			85
Saint-Joseph 14, rue du Moulin 21490 SAINT-JULIEN	Privé Lucratif	30			30
Les Roches d'Orgères Rue du Lavoir 21410 FLEUREY-SUR-OUCHE	Maison de Retraite	62	3		65
Les Ophéliades ZAC Les Hauts de Pouilly 15, rue Jean Giona 21000 DIJON	Privé Lucratif	80	10	7	97

(suite) Territoire SCOT Dijonnais

Etablissement	Type d'établis.	Lits permanents	Accueil de jour	Héb. Temporaire	Capacité totale
Les Nymphéas 30, rue de la Confrérie 21121 FONTAINE-LES-DIJON	Foyer Logement	83			83
Robert Grandjean 1, rue Gimbsein 21240 TALANT	Foyer Logement	79			79
Les Fassoles 20, rue des Fassoles 21240 TALANT	Maison de Retraite	120			120
L'Eté Indien 14, chemin des Croillerans BP 45 - 21121 DAIX	Privé Lucratif	59	5	5	69
Belfontaine 3, rue Georges Bourgoin 21121 FONTAINE-LES-DIJON	Maison de Retraite	80		10	90
Rés. des Ducs de Bourgogne Parc d'activité de Santé & de Recherche Route de Saussy 21380 MESSIGNY-ET-VANTOUX	Privé Lucratif	58	5		63
Les Opalines Impasse des Jardins 21121 HAUTEVILLE	Privé Lucratif	62			62
Résidence du Parc 5, rue de la Prairie 21110 GENLIS	Foyer Logement	79			79
Home de l'Oucherotte 24, route de Dijon 21110 AISEREY	Privé Lucratif	31	2		33
La Croix Violette Brochon 7, rue Stephen Liégeard 21220 BROCHON	Privé Lucratif	19			19
De Vigne Blanche 8, rue Nierstein 21220 GEVREY-CHAMBERTIN	Maison de Retraite	62			62
Total places SCOT Dijonnais		**2 646**	**58**	**44**	**2 748**

Pays Seine et Tilles en Bourgogne

Etablissement	Type d'établis.	Lits permanents	Accueil de jour	Héb. Temporaire	Capacité totale
Hôpital Local d'Is-sur-Tille 21, rue Victor Hugo 21120 IS-SUR-TILLE	Hôpitaux	95			95
Chez nous Rue Saulx Tavanes 21120 LUX	Privé Lucratif	19			19
Les Chenevières Rue de la Foire aux Vaches 21440 SAINT-SEINE-L'ABBAYE	Maison de Retraite	23			23
Le Champ de Mars 16 B, rue des Moutons 21260 SELONGEY	Foyer Logement	69		4	69
Total places Pays Seine et Tilles en Bourgogne		**206**		**4**	**210**